

HIV/AIDS

Kein absoluter Infektionsschutz durch antivirale Therapie

HIV-infizierte Menschen können ihren Partner beim Geschlechtsverkehr nicht infizieren, wenn die Virämie unter einer antiviralen Therapie vollständig supprimiert ist und keine andere Geschlechtskrankheit vorliegt. Das hatte eine Gruppe um den Schweizer Infektiologen Pietro Vernazza anhand von epidemiologischen Daten herausgefunden. Die neuen Erkenntnisse waren weltweit auf grosse Resonanz gestossen, das Echo war jedoch geteilt. Vor allem in den USA reagierte man äusserst zurückhaltend. Die amerikanischen Centers of Disease Control and Prevention sahen sich veranlasst, in einer Pressemitteilung ihre Empfehlung zu bekräftigen, auch unter erfolgreicher antiviraler Therapie weiterhin Kondome zu benutzen. Offenbar setzt man in den USA bewusst auf einfache, einprägsame Kampagnen und fürchtet komplexere Botschaften. Eine gerade im «Lancet» (2008; 372: 314–320) publizierte Studie spielt den amerikanischen Behörden nun anscheinend in die Karten. Epidemiologen um David Wilson vom National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research in

Sydney kommen darin zum Ergebnis, dass auch unter einer erfolgreichen Therapie kein sicherer Schutz vor einer Virusübertragung gewährleistet sei. Sie widersprechen also der Einschätzung der Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen, welche die Benutzung von Kondomen zum Schutz eines HIV-negativen Partners für entbehrlich hält, wenn ganz bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind (wir berichteten in ARS MEDICI 6/2008).

Die australischen Epidemiologen bestätigen in ihrer Studie, dass eine konsequente antiretrovirale Therapie das Infektionsrisiko erheblich senkt. Allerdings bleibe ein Restrisiko, das sie anhand eines mathematischen Modells bezifferten. Demnach käme es trotz konsequenter Therapie des HIV-infizierten Partners unter 10 000 männlichen Homosexuellen in zehn Jahren rein rechnerisch zu 3524 Infektionen. In bisher publizierten Kohortenstudien sind allerdings keine Infektionsfälle unter erfolgreicher antiviraler Therapie dokumentiert worden. In ihrer Kalkulation legten die Forscher eine Viruslast unter 10 Kopien/ml und 100

sexuelle Kontakte pro Jahr zugrunde. Das Risiko, dass ein Mann seine Frau ansteckt, beträgt den Berechnungen zufolge 425 Infektionsfälle pro 10 000 Personen über zehn Jahre. Noch geringer ist die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung von einer infizierten Frau auf ihren Mann.

Über eines sind sich alle Aidsexperten einig: In der Aidsprävention ist Safer Sex in jedem Fall unverzichtbar. Die meisten Infektionen treten auf, bevor die HIV-Infektion erkannt wird und bevor die Infizierten eine antiretrovirale Therapie beginnen. Aus dem gerade veröffentlichten Bericht des Aidsprogramms der Vereinten Nationen (UNAIDS) geht hervor, dass weltweit rund 33 Millionen Menschen mit dem HI-Virus infiziert sind, die Lage habe sich «auf einem nicht hinnehmbaren Niveau» stabilisiert. Dem UNAIDS-Bericht zufolge wurden 2007 mit knapp 3 Millionen HIV-Kranken doppelt so viele wie im Jahr zuvor mit antiretroviralen Medikamenten behandelt. Weiteren 7 Millionen bedürftige Menschen bliebe diese Behandlung verwehrt. ■

U.B.

Lohnt sich ein Screening auf Glukoseintoleranz?

Das Screening auf Glukoseintoleranz und Typ-2-Diabetes mit dem Ziel möglichst frühzeitiger Interventionen könnte wirtschaftlich gerechtfertigt sein, selbst wenn sich nur jeder zweite Betroffene tatsächlich an die Anweisungen seines Arztes halten würde. Man müsste allerdings rund 30 Jahre warten, bis die wirtschaftliche Effizienz des Screenings plus Intervention deutlich wird. Zu diesem Ergebnis kommen britische Statistiker mithilfe einer virtuellen Studie, in der sie die Kosten und Nutzen verschiedener Screening- und Interventionsstrategien durchrechneten (BMJ 2008; 336: 1180–1184). Zunächst fütterten sie ihre Computer mit den Teilnehmerdaten verschiedener Diabetesstudien sowie den Gesundheitsstatistiken aus England und Wales. Auf diese Weise generierte man eine hypothetische

Bevölkerungsgruppe über 45-Jähriger mit erhöhtem Diabetesrisiko und rechnete nach: Was kostet ein gesundes Lebensjahr (QALY) bei verschiedenen Screening- und Behandlungsstrategien, wenn man einen Beobachtungszeitraum von 50 Jahren zugrunde legt? Die Antwort: 28 942 Franken, wenn man sich nur auf die Früherkennung des Typ-2-Diabetes beschränkt. Screenen man Personen mit erhöhtem Diabetesrisiko hingegen auf Diabetes und Glukoseintoleranz, kostet es inklusive Beratung zur Lebensstiländerung 12 767 Franken, bei medikamentöser Therapie kommt es mit 13 364 Franken etwas teurer. Als wirtschaftliche Obergrenze definierten die Autoren rund 41 000 Franken pro QALY.

Selbst wenn man an verschiedenen Schrauben des virtuellen Probandenkolle-

tivs manipulierte, am grundsätzlichen Ergebnis änderte sich nichts. So würden die QALY bei einer höheren Prävalenz von Diabetes und Glukoseintoleranz zwar teurer, es scheint aber immer noch wirtschaftlicher zu sein, bereits im Stadium der Glukoseintoleranz zu intervenieren, als abzuwarten, bis der Typ-2-Diabetes manifest ist. Selbst bei einer Therapiecompliance von nur 50 Prozent rechnet sich das Screenen plus allfällige Therapie immer noch im Vergleich zum Nichtscreenen.

Über den medizinischen Nutzen des Screenings auf Glukoseintoleranz erlaubt die Studie keine Aussagen. Da man Durchschnittswerte einer Population mit sehr unterschiedlichen Glukosetoleranzen zusammengenommen habe, seien die Unterschiede hinsichtlich klinischer Resultate zwischen den verschiedenen Strategien sehr klein gewesen, so die Autoren. ■

RBO