

Arzneimittel-resistente HIV-Infektion

Neue antivirale Medikamente geben Anlass zu Hoffnung

Immer noch wartet die Welt auf einen Impfstoff gegen Aids, und momentan deutet nichts darauf hin, dass diese Hoffnung sich bald erfüllen wird. Auf absehbare Zeit werden HIV-Infizierte weiter als lebenslang Infizierte darauf setzen müssen, die Replikation des Virus durch eine Kombinationstherapie aus mindestens zwei, besser noch drei antiviralen Medikamenten in Schach zu halten. Inzwischen sind mehr als 20 Medikamente auf dem Markt, die es prinzipiell gestatten, ein geeignetes individuelles Therapieregime zurechtzuschneiden.

Doch auch bei einer beträchtlichen Zahl von Infizierten, die vollen Zugang zu den Medikamenten haben, gelingt die volle Suppression nicht. Viele von diesen Patienten begannen ihre Therapie in den Neunzigerjahren und wurden später dann auf die jeweils neu auf den Markt gekommenen Medikamente eingestellt. Dieses etwas planlose Vorgehen führte nicht selten zu einer «Multi-drug resistance», und die betroffenen Patienten gelten als Risikopatienten für das Fortschreiten der Erkrankung.

Doch inzwischen sind drei neue Medikamentenklassen entwickelt worden, die Anlass zu Hoffnung geben, wie Hiroyu Hatano und Steven G. Deeks kürzlich in einem Kommentar im «British Medical Journal» (BMJ 2007; 334: 1124–1125) zu verstehen geben haben. Die Aids-Experten von der Universität von Kalifornien in San Francisco fühlen sich gar an das Jahr 1996 erinnert, als die «wunderbaren Effekte der Kombinationstherapie erstmals beobachtet wurden». Die erste der neuen Substanzklassen sind die HIV-Integrasehemmer, namentlich Raltegravir und Elvitegravir. Sie hemmen den Einbau des Virus in das Wirtsgenom. Die bisherigen (Phase-III-) Studien stimmen nach Auffassung der Autoren zuversichtlich. So profitierten unter Raltegravir auch HIV-Patienten, bei denen es nicht gelang, eine

weitere wirksame Substanz zu applizieren. Die zweite neue Substanzklasse sind die R 5-Inhibitoren. Diese Medikamente hemmen einen Co-Rezeptor, den das Virus benutzt, um in die Zelle einzudringen. Während ein Hauptvertreter wegen Lebertoxizität ein frühes Ende fand, steht mit Maraviroc ein Kandidat zur Verfügung, der in zwei Studien (MOTIVATE) wirksam war und gut vertragen wurde.

Der Dritte im Bunde der neuen antiviralen Medikamente ist das Etravirin, ein Nicht-Nukleosid-Reverse-Transkriptasehemmer (NNRTI) der zweiten Generation. Das Medikament scheint auch bei Patienten wirksam, bei denen Resistenzen gegen «alte» NNRTI, wie etwa Nevirapin, aufgetreten sind. Trotz dieser positiven Meldungen warnen die BMJ-Autoren vor allzu viel

Euphorie: «Auch in Zukunft werden nicht alle Patienten eine lebenslange Virussuppression erlangen.» Auch die neuen Medikamente hätten zudem ein nicht unbeachtliches Interaktionspotenzial, und wie leicht sie kombiniert werden können, sei noch unklar. Und es müsse weiterhin mit Resistenzen gerechnet werden, bei den Integrasehemmern sei dies schon jetzt auffällig. «Zudem ist es immer schwierig, die Daten, die man von hoch motivierten Studienteilnehmern erhält, in den Alltag zu übersetzen», meinen die Infektiologen. Trotzdem sagen sie dank der neuen Substanzen eine bessere Zukunft für HIV-Patienten voraus. ■

U.B.

Aids-Kongress 2007 in Sydney:

«Mehr Geld für Forschung!»

Am eben beendeten 4. Kongress der International Aids Society (IAS) in Sydney versammelten sich Tausende von Experten und Interessenvertretern verschiedenster Couleur. In einer Deklaration fordern die Aids-Experten, dass mindestens zehn Prozent aller dem Kampf gegen die Immunschwäche gewidmeten Gelder der Forschung zugute kommen sollen (www.ias2007.org). Diese Forschungsgelder sollen nicht nur in die Erforschung neuer Wirkstoffe und möglicher Vakzinen gesteckt werden, sondern auch in weitere Bereiche. Dazu gehören nach den Vorstellungen des Globalen Aids/HIV-Programms der Weltbank auch die vergleichende Evaluation verschiedener medikamentöser Behandlungsstrategien, ferner die Ausge-

staltung von Anti-Aids-Kampagnen und Anpassungen der Gesundheitssysteme. Das Hauptgewicht der Probleme liegt heute eindeutig in Ländern der Dritten Welt, wo nach wie vor Kinder und Frauen schlechtere Behandlungschancen haben. Forschung müsste dort geballt stattfinden und auf die in den einzelnen Ländern durchaus unterschiedlichen Gegebenheiten eingehen können. Dies kann aber nur mit Hilfe aus industrialisierten, reicheren Ländern geschehen. Und in dieser Forschung kann nicht nur «der Markt» spielen, Nachhaltigkeit und sorgfältig erfasster Kosteneffektivität kommt eine umso grössere Bedeutung zu. ■

H.B.