

«Die Prävention ist weiterhin eminent wichtig»

Ein Gespräch mit dem Infektiologen Professor Manuel Battegay über aktuelle Fragen zu Aids

Anlässlich der EACS-Jahrestagung (siehe Bericht auf Seite 1184) sprach ARS MEDICI mit Manuel Battegay, Professor für Infektiologie und langjähriger Aidspezialist, über aktuelle Entwicklungen bei der Betreuung und Behandlung von HIV-Infizierten und Aidskranken.

ARS MEDICI: Ein weiterer Aidskongress ist zu Ende gegangen. Was hat Sie am meisten beeindruckt?

Manuel Battegay: Der Kongress hat klar die Bedürfnisse der klinischen Forschung und Praxis abgedeckt ...

ARS MEDICI: ... und damit die betroffenen Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt gestellt.

Battegay: Ja, der Patient steht im Zentrum, was auch dadurch zum Ausdruck kommt, dass jetzt erstmals im grösseren Stil europäische Richtlinien herausgebracht (www.eacs.eu) und im Rahmen einer Session auch diskutiert wurden. Der Hauptfokus liegt auf den antiretroviralen Therapien, aber auch die metabolischen Komplikationen und Koinfektionen mit den Hepatitisviren werden erörtert.

ARS MEDICI: Im Gegensatz zu früher wird heute der Test auf HIV breit empfohlen, warum?

Battegay: Hier hat ein Umdenken stattgefunden. Ursache ist die eindruckliche Lebensverlängerung, die bei rechtzeitigem Therapiebeginn und gutem Therapieansprechen mehrere Jahrzehnte betragen kann, das heisst bis zu 40 und mehr Jahren. Allerdings ist es nach wie vor so, dass bis zu einem Viertel aller Patienten zu spät zu uns kommen. Dies beeinträchtigt die Prognose. Beides zusammen bedeutet, dass Betroffene früher wissen sollten, ob sie HIV-infiziert sind. Daher sollte vermehrt der Test angeboten werden.

ARS MEDICI: Also HIV-Test heute routinemässig?

Battegay: Wir bevorzugen den europäischen Weg, das heisst, wir sprechen zuerst mit den Betroffenen. Stillschweigendes

Einverständnis voraussetzende Tests wie in den USA werden nicht durchgeführt. Somit sollte einfach vermehrt an die Testmöglichkeit gedacht und der Patient darauf hingewiesen werden. Je nach Situation ist ein grösserer Beratungsaufwand erforderlich. Bei medizinischer Indikation wird der Patient respektvoll informiert, dass nebst anderen Tests auch der HIV-Test gemacht wird. Werden umgekehrt zuerst potenzielle Infektionsrisiken erörtert, so neigen Betroffene nicht selten dazu, diese zu negieren. Besser ist es, den Test bei nahe liegenden Gründen einfach zu empfehlen.

ARS MEDICI: Wie geht es weiter, wenn jemand positiv testet?

Battegay: Die Diagnose HIV-positiv ist für die meisten Betroffenen immer noch sehr tragisch. Allerdings wissen Betroffene auch, dass heute viele Therapieoptionen bestehen.

ARS MEDICI: Bevor wir davon sprechen, vielleicht zuerst noch etwas zur Arbeitsteilung zwischen Hausarztpraxis und spezialisiertem Zentrum.

Battegay: Für mich stehen folgende wichtige Aspekte im Vordergrund. Erstens die Prävention: Hier soll in der hausärztlichen Praxis im Rahmen von langjährigen Betreuungen sicherlich eine Risikoanamnese gemacht werden. Bei Gelegenheit soll

«Immer noch kommt ein Viertel der Patienten zu spät zu uns.»

auf die Bedeutung und den klinischen Nutzen der HIV-Tests verwiesen oder der Test gleich empfohlen werden. Liegt eine medizinische Indikation wie Fieber und Lymphknotenschwellungen vor, dann ist der Hausarzt sehr gefordert. Zweitens ist es wichtig, die Grenzen zu kennen. Wer nicht mindestens 20 bis 30 HIV-Patienten selbst behandelt, sollte die Zusammenarbeit mit Spezialisten suchen und Betroffene für die antiretrovirale Therapie überweisen.

ARS MEDICI: Das Alter der Patientinnen und Patienten hat in den letzten Jahren stark zugenommen ...

Battegay: Viele Patienten betreue ich aufgrund der lebensverlängernden Therapien schon weit über 10 Jahre. Tumoren treten etwas gehäuft auf, und auch das kardiovaskuläre Risiko ist



Professor Manuel Battegay ist Leiter der Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene am Universitätsspital Basel. Er ist Mitautor der EASC-Leitlinien.

erhöht. Es ist sehr wichtig, dass die auftretenden Risikofaktoren wie erhöhter Blutdruck, Dyslipidämie oder Zuckerstoffwechsellabnormalitäten gut eingestellt werden. Die Altersvorsorge spielt eine wichtige Rolle, beispielsweise im Hinblick auf die Raucherentwöhnung oder die Einstellung des Blutdruckes.

ARS MEDICI: Es kommen auch neue Patienten hinzu, die sich erst im hohen Alter anstecken?

Battegay: Ja, dies ist so. Die Sexualität ist ein zum Menschen gehörendes Grundbedürfnis, das, wenn auch weniger häufig, auch im Alter gelebt wird. Dadurch können HIV-Ansteckungen stattfinden. Die meisten Übertragungen erfolgen zwischen dem 20. und 50. Altersjahr, und jährlich zählen wir in der Schweiz immer noch zwischen 500 und 800 Neuansteckungen. Deshalb soll HIV häufiger zur Differenzialdiagnose gehören. Ein Wort noch zur Schwangerschaft: Hier gehört der HIV-Test heute dazu, weil damit die Transmission auf das Neugeborene verhindert werden kann.

ARS MEDICI: Wie hoch ist heute noch die Mortalität bei HIV/Aids?

Battegay: Die Mortalität hat gegenüber den Anfängen der antiretroviralen Therapie um über 90 Prozent abgenommen. Für die verbleibenden 10 Prozent ist eine wichtige Ursache der verspätete Behandlungsbeginn. Wenn jemand mit einer massiven Immunschwäche kommt und CD4-Werte unter 25 aufweist, beträgt die Mortalität in der Akutphase bis 20 Prozent. Dieser Nachteil wirkt sich auf den weiteren Behandlungsverlauf aus und kann nie mehr ganz wettgemacht werden. Auch bei Koinfektionen mit Hepatitisviren ist die Mortalität erhöht.

ARS MEDICI: Das bedeutet, dass es trotz Therapie erstrebenswert bleibt, sich nicht anzustecken. Von einer Heilung sind wir weit entfernt, und ein HIV-positiver Status ist nach wie vor eine starke Belastung für das Leben.

Battegay: Das ist ein ganz wichtiger Punkt: HIV ist eine lebenslange Erkrankung. Das Leben ist gemäss vielen Patien-

tenberichten komplizierter, Stichworte sind Beziehung, Familiengründung, Schwangerschaft und vor allem Nebenwirkungen der Therapie wie metabolische Störungen und Spätfolgen, wie leicht erhöhte Infarktrate und vermehrtes Auftreten von Tumoren. All dies kann belastend sein. Noch wissen wir wenig über die Langzeitauswirkungen von Therapie und Erkrankung über Jahrzehnte. Deshalb ist die Prävention von Ansteckungen nach wie vor eminent wichtig.

ARS MEDICI: Oft sind die Betroffenen in der hausärztlichen Obhut. Wann sollen sie zur antiretroviralen Therapie überwiesen werden?

Battegay: Zuerst wurde die Therapie möglichst frühzeitig begonnen. Nach einiger Zeit, als klar wurde, dass dies mit den damaligen Medikamenten kein Vorteil war und Nebenwirkungen sichtbar wurden, verschob sich der CD4-Wert, das wichtigste Mass für den Therapiestart, nach unten – die Grenze lag bei 200 CD4-Zellen. Jetzt, da die Therapie immer wirksamer wird und der Nutzen besser beurteilt werden kann, schwingt das Pendel zurück. Wenn die Marke von 350 CD4-Zellen unterschritten wird, ist das Risiko für erste HIV-assoziierte Erkrankungen erhöht, und ein Patient sollte in der Regel behandelt werden. Unter der Therapie sind Betroffene viel weniger ansteckend, was auch ein Grund für einen frühzeitigen Therapiebeginn ist.

ARS MEDICI: Wie häufig sollen die CD4-Werte von Unbehandelten gemessen werden?

Battegay: Es wird empfohlen, die Werte alle drei bis sechs Monate zu erheben, das heisst anfänglich eher alle drei Monate und bei stabiler Lage mit CD4-Werten über 500 und maximal 10 000 bis 20 000 Viren sechsmonatlich. Da allerdings die psychische Belastung oft hoch ist, ziehen viele Betroffene kürzere Messintervalle von drei bis vier Monaten vor.

ARS MEDICI: Und die Virusbelastung?

Battegay: Sie dient zusätzlich zur Beurteilung und sollte jeweils mitbestimmt werden. Werte zwischen 50 000 und 100 000 weisen darauf hin, dass die CD4-Werte wahrscheinlich schneller abfallen werden. Sind diese Werte noch höher, dann empfindet sich eher ein noch früherer Therapiebeginn.

ARS MEDICI: Die Werte kann der Hausarzt bestimmen lassen?

Battegay: Durchaus.

ARS MEDICI: Jetzt zur antiretroviralen Therapie: Womit wird heute angefangen?

Battegay: Standard sind drei Medikamente, das heisst zwei Nukleosidreversetranskriptasehemmer sowie ein Proteaseinhibitor oder stattdessen ein Nonnukleosidreversetranskriptasehemmer. Mit diesen Medikamenten werden heute hervorragende Resultate erzielt, sofern die Medikamente zuverlässig eingenommen werden. Schon zweimaliges Vergessen pro Monat kann zu einem Anstieg der Viruslast führen und den Therapieerfolg gefährden. Dank der schweizerischen HIV-Kohortenstudie

können wir nicht nur wichtige Erkenntnisse zu solchen Problemen gewinnen, sondern es ist uns auch möglich, die an der Studie teilnehmenden rund 8000 Patientinnen und Patienten optimal zu betreuen.

ARS MEDICI: Das ist keine Studie von Spezialisten?

Battegay: Nein, im Gegenteil, die Hausärzte sind daran partnerschaftlich beteiligt. Erkenntnisse aus der HIV-Kohortenstudie sind immer wieder in internationale Therapierichtlinien eingeflossen.

«Mit neuen Medikamenten ist es möglich, vielen Patienten mit Therapieversagen wieder eine bessere Prognose zu geben.»

ARS MEDICI: Ein Test auf resistente HIV gehört heute wohl zur Routine?

Battegay: Dies trifft zu und lohnt sich, denn bereits bei «Therapieversagen» liegt die Rate von resistentem HIV in Europa gegenüber den involvierten Medikamenten bei 5 bis 12 Prozent. Dies betrifft einzelne Präparate. Eigene Untersuchungen zur Kosteneffizienz haben gezeigt, dass diese Massnahme Kosten sparen hilft, denn dann kann auf teurere Medikamente auf längere Sicht verzichtet werden.

ARS MEDICI: Mit der Therapie stellen sich die Nebenwirkungen ein, nicht zuletzt die metabolischen, Stichwort beispielsweise erhöhte Lipidspiegel. Was hat nun bei der Einstellung Priorität: Tiefe HIV-RNA-Werte oder optimale Lipidwerte?

Battegay: Wir orientieren uns gemäss den Richtlinien nach den Risikoscores. Therapiemodifikationen einschliesslich Lipidsenker sollten dann erwogen werden, wenn die kardiovaskulären Risiken gemäss Scores hoch sind. Die antiretrovirale Therapie sollte eher nicht geändert werden, solange das kardiovaskuläre Risiko klein bleibt. Anmerken möchte ich die grosse Bedeutung von Lebensstiländerungen, angefangen beim Rauchstopp bis hin zu ausgeglichener Ernährung und mehr Bewegung.

ARS MEDICI: Die antiretrovirale Wirkung währt nicht für immer, irgendwann steigt die Viruslast wieder an. Was dann?

Battegay: In den letzten zwölf Monaten wurde ein Paradigmenwechsel evident und mit attraktiven Resultaten am diesjährigen Kongress der EACS in Madrid untermauert: Mit neuen Medikamenten, die Daten bis zu 96 Wochen vorweisen können, ist es heute möglich, rund 50 bis 100 Prozent aller Patienten mit teilweise schwerem Therapieversagen eine wieder

deutliche bessere Prognose zu geben und deren Viruslast erneut unter die Nachweisbarkeitsgrenze zu drücken. Es betrifft dies neue Substanzgruppen wie Integrasehemmer, CCR-5-Inhibitoren sowie neue Proteaseinhibitoren. Zu den neuen Substanzen gehören auch die Fusionsinhibitoren.

Integrasehemmer sind sicherlich Substanzen, die vielversprechende Studien vorgelegt haben, und bereits wurde in den USA der Integrasehemmer Raltegravir zugelassen. Bei Therapieversagen ist es sicherlich ein Medikament, das häufig eingesetzt werden wird, weil es einen einzigartigen Wirkmechanismus

besitzt und noch keine Resistenzen bei Patienten beobachtet wurden. Es muss allerdings in Kombination mit mindestens einer zweiten neuen Substanz verabreicht werden. Auch die neuen Proteasehemmer Darunavir und Tipranavir zeigen eine deutlich verbesserte Wirkung gegenüber resistenten Viren. Schliesslich hat auch das in

den USA und seit Monatsfrist im EU-Raum zugelassene Maraviroc, ein CCR-5-Blocker, der verhindert, dass HIV in die Zelle gelangt, gute Resultate gezeigt.

«Die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt ist wichtig.»

ARS MEDICI: Das führt zu einer unglaublichen Komplexität in der Behandlung, wenn man bedenkt, dass diese Substanzen mit wenigen Ausnahmen miteinander mannigfaltig kombiniert werden können.

Daher ist es wichtig, dass die antiretrovirale Therapie von erfahrenen Spezialisten gemacht wird, die an Weiterbildungen und Kongressen teilnehmen. Wichtig ist auch, dass wegen Begleiterkrankungen eine Mitbetreuung häufig sinnvoll ist und erforderlich wird. Ich selbst betreue Patienten zusammen mit Hausärzten. Patienten werden ja älter, und da stellen sich alterstypische Leiden ein. So findet eine gemeinsame Betreuung statt, die sehr gut funktioniert. Bei jüngeren Patienten, die keinen Hausarzt haben, übernehmen wir diese Rolle bis zu einem gewissen Grad. Umgekehrt sind wir Spezialisten gehalten, etwa bei komplexen metabolischen Komplikationen, Diabetes oder Lipidstoffwechselstörungen, uns einzulesen und Kollegen beizuziehen. Auch wir müssen unsere Grenzen kennen.

ARS MEDICI: Wir danken Ihnen für das Gespräch.

Die Fragen stellte Thomas Ferber.