



Bernd Vielhaber, Edemissen

ANTIRETROVIRALE THERAPIE UND PRÄVENTION



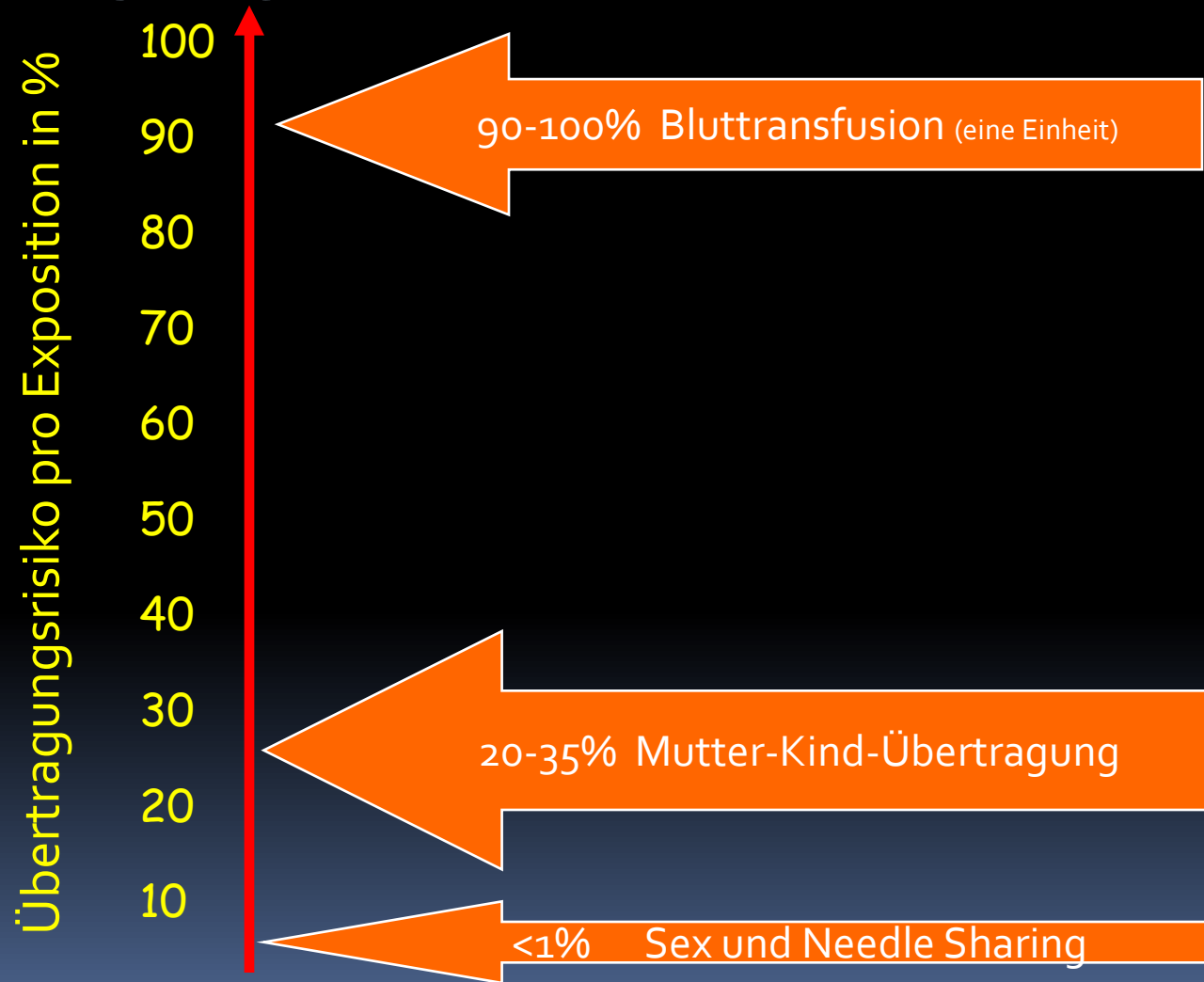
ART als Präventionsinstrument -

Katastrophe oder Rettung?

Das ist hier die Frage



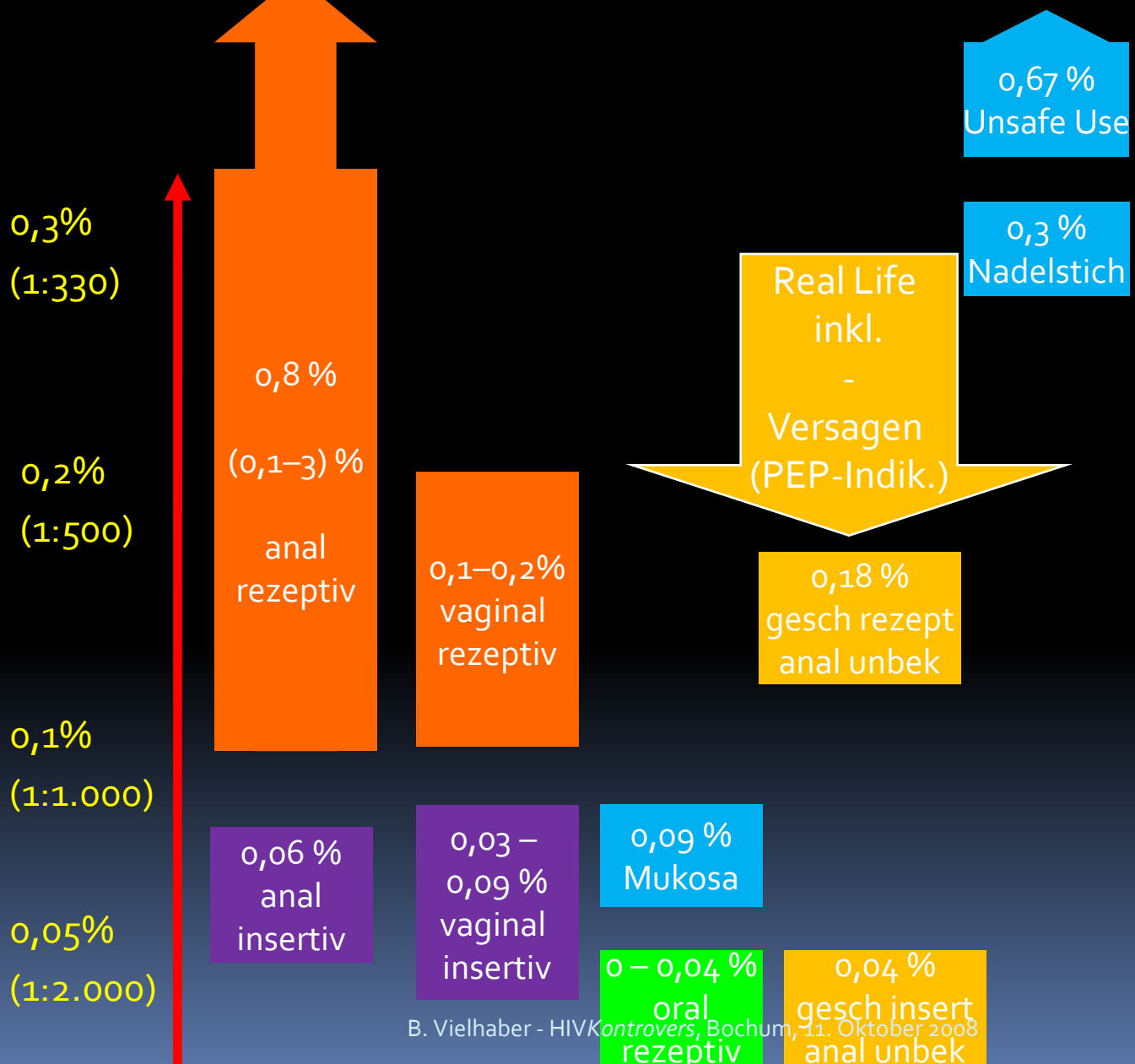
Transmissionsrouten und -risiken



UK Guideline for the use of PEP for HIV following sexual exposure
Fisher M et al., Int J of STD & AIDS. 2006 17:81-92

Transmissionsrouten und -risiken

Übertragungsrisiko /Exposition mit HIV+ Partner in %



Daten für geschützten Analverkehr bei MSM: **Per Contact Risk of HIV Transmission between MSM**
Vittinghoff E et al., Amerik. J. Epid. 1999 Vol 150 306-311

Alle anderen Daten: **UK Guideline for the use of PEP for HIV following sexual exposure**
Fisher M et al., Int J of STD & AIDS. 2006 17:81-92

Evidenzen

Evidenz	Kondom	Beschneidung	Viruslast	PREP
Interventionsstudie		3	eine Studie gestartet nur Hetero	1 Phase 1/2 + Studien gestartet
Metaanalyse Review	Cochrane-Analyse nur Hetero	Metaanalyse nur Hetero		
Kohorten- und Querschnittsstudien	viele	ca. 40	einige	
sonstige				Affenstudien
Risikoreduktion	~ 80 %	~ 60 %	> 90 %	?
Evidenzlage	sehr gut	sehr gut	mäßig	bald sehr gut



Safer Sex schützt nicht sicher vor HIV!



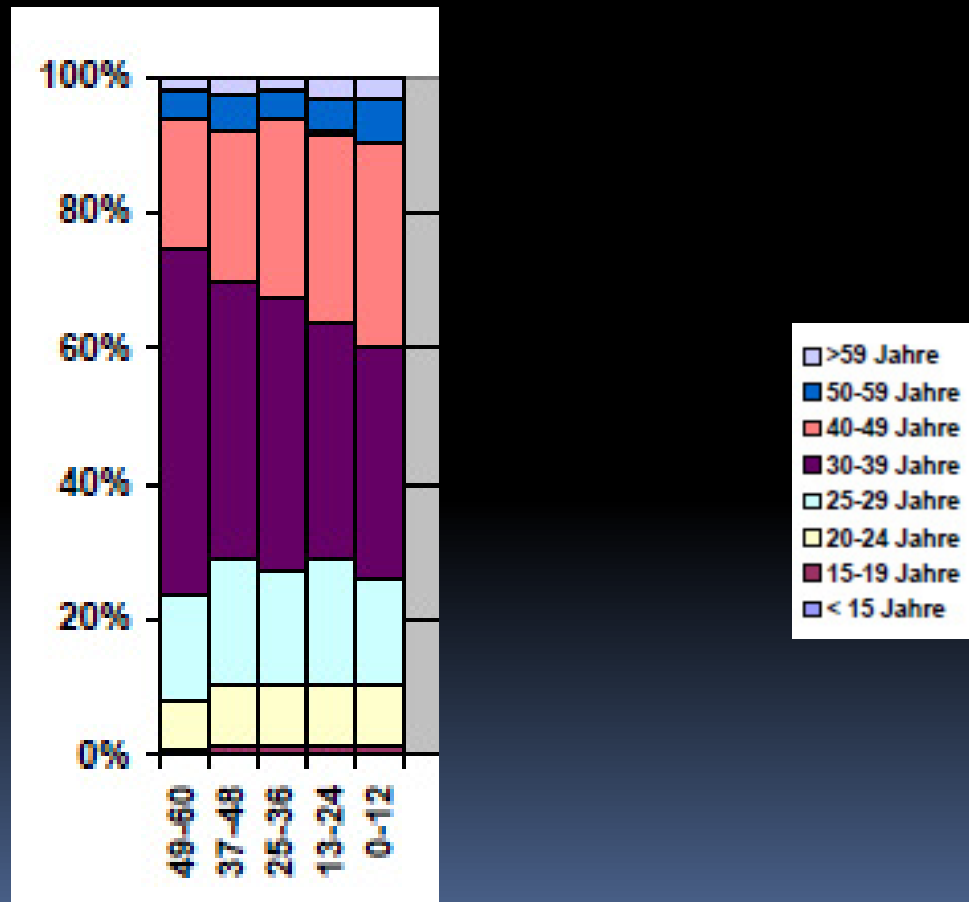
Risikoreduktion via Kondom

- Grundrisiko:
 - pro-Kontakt-Übertragungswahrscheinlichkeit bei einem ungeschützten, aufnehmenden Analverkehr mit einem HIV-Positiven mit nachweisbarer VL* = ~ 1 % oder 1:100
 - * (Ø VL chron. HIV-Infektion ~ 35.000 RNA-Kopien/ml)

Risikoreduktion via Kondom

- Risikoreduktion bei Verwendung eines Kondoms:
 - 1.) mit Anwendungsfehlern und Kondomversagen = ~ 80%
 - 2.) ohne Anwendungsfehler und ohne Kondomversagen = ~ 95 %
 - 3.) bei Penetration ohne jeglichen Haut- und Schleimhautkontakt = ~ 99,997 %

Altersverteilung HIV-Neudiagnosen bei MSM



Reduktion des Restrisikos

Der französische Ansatz



Reduktion des Restrisikos

Der französische Ansatz



Risikoreduktion

- Risikoreduktion bei Verwendung eines Kondoms:
 - 1.) $\downarrow 80\% = 0,2\%$ oder 1:500
 - 2.) $\downarrow 95\% = 0,05\%$ oder 1:2.000
 - 3.) $\downarrow 99,997\% = 0,0003\%$ oder 1: 33.000
- Risikoreduktion der ART:
 - $\downarrow$ Faktor 1.000 = 1:100.000

Fazit

- Geschlechtsverkehr mit Haut- und Schleimhautkontakten und ungeschützter passivem Analverkehr mit einem HIV-Positiven unter sART ist sicherer, als Geschlechtsverkehr mit Haut- und Schleimhautkontakten und geschütztem passivem Analverkehr mit einem HIV-Positiven mit nachweisbarer Viruslast (chron. HIV-Infektion).



Aber:

- Datenlage zu VL im Enddarm nicht hinreichend
 - Methodische Fragen (Einfluss der Penetration auf das System)
- Keine Daten vorhanden, die die Medikamentenspiegel in den Genitalsekreten mit antiretroviraler Wirksamkeit korrelieren



Aber:

- Datenlage zur Auswirkung von ulzerierenden Erkrankungen im Genitalbereich auf die VL in den jeweiligen Sekreten bei sART beschränkt sich auf Kasuistiken und kleine Fallzahlen
- Entsprechende Studie ist bereits geplant und die Vorstudie wird noch in diesem Jahr starten



Dennoch:

ART ist wesentlich effektiver als Safer Sex!

Vor allem, weil auch kleine und kleinste Risiken -
die als sogenannte „Restrisiken“ - abgedeckt
werden.



Folgen für die Prävention

- Ärztinnen und Ärzte werden zum Ziel struktureller Prävention der Präventionsagenturen
- HIV-Prävention wird medizinalisiert und medikalisiert
- Diskrepanz zwischen Kampagnenbotschaften und individuellen Beratung wird noch größer

Folgen für die Prävention

- Sex in „kontrollierten“ Settings:
 - In Abhängigkeit der Ausgangslage kondomfreier Sex möglich
 - Erfordert Kommunikation der Beteiligten --> gemeinsame Risikobewertung erforderlich
 - Der Part mit dem größten Sicherheitsbedürfnis entscheidet
 - Ausgangslage muss ständig überprüft und das Handeln entsprechend angepasst werden (bspw. bei und nach einer Therapiepause)

Folgen für die Prävention

- Sex außerhalb von „kontrollierten“ Settings:
 - Botschaften an HIV-Positive lauten völlig anders, als Botschaften an HIV-Negative
 - HIV-Positive könnten ohne Kondom
 - Botschaften an HIV-Negative bleiben unverändert



Fazit

- Kollektiv ändert sich nicht viel
- Individuell können die Veränderungen sehr groß sein
- Die Stellenwert der Kommunikation ist noch größer geworden
- Das Internet zwingt
- Weitere Studien – vor allem epidemiologische – sind zwingend notwendig

Vorsicht – Kommunikation!

- Cassy Workman, CROI, 1999
- Gesagt ist nicht gehört!
- Gehört ist nicht verstanden!
- Verstanden ist nicht einverstanden!
- Einverstanden ist nicht umgesetzt!
- Umgesetzt ist nicht durchgehalten!
- Durchgehalten ist nicht gewirkt!

Schlußfolgerungen

- das Arzt-Patienten-Verhältnis wird überwiegend als gut bis sehr gut beurteilt
- persönliche/intime Probleme werden von etwa **25%** der Pat. nicht beim Arzt angesprochen
- HAART hat einen positiven Einfluss auf einige Dimensionen des täglichen Lebens
- in die Zukunft gerichtete Ängste oder Einflüsse auf das Privatleben kommen in der Sprechstunde bei **50%** der Pat. nicht zur Sprache

Meystre-Agustoni G et al. XIVth Int.AIDS Conf. 2002; Abs. MoPeB3249

mit anderen Worten:

- Die ART ist ein hochkomplexes Geschehen mit einer hohen Fehleranfälligkeit.
- Die zentrale – und ausgesprochen störanfällige - Komponente „Kommunikation“ ist dringend behandlungsbedürftig!

- SWISS HIV COHORT STUDY
- ÖSTERREICHISCHE AIDS GESELLSCHAFT
- KOMPETENZNETZ HIV/AIDS
- DEUTSCHE AIDS-GESELLSCHAFT



SÖDAK *AKTUELL*
Der News-Service zum SÖDAK 2009

www.soedak2009.com

Abstract Deadline 31. Januar 2009