

- S. 2** Hepatitis Impfaktion in Österreich : April und Mai 2013
- S. 3** Münchner AIDS und Hepatitis Werkstatt
- S. 3** Andere Therapie-Ideen: PI-Monotherapie und nuke-freie Dualtherapie
 - Monotherapie mit einem Protease Inhibitor
 - Dualtherapie ohne nukleosidische Reverse Transkriptase Inhibitoren
- S. 6** INI – die Integrase Inhibitoren
 - SAILING Studie : Dolutegravir versus Raltegravir
 - Integrase Inhibitor als PrEP?
 - Elvitegravir – als Kombinationstablette bald in der EU erhältlich
- S. 8** Nachgefragt: Wirkstoffnamen und Handelsnamen der HIV-Medikamente
- S. 9** Veranstaltungsankündigungen: Info Abend „ Drogen und HIV“

Allgemeines

Liebe LeserInnen,

nach der Eröffnung des Aids Hilfe Hauses in Wien 1997 entstand schnell die Idee, dieses Haus mit regelmäßigen Events zu „beleben“.

Über die Jahre etablierte sich das „Hausfest“ als fixes Event rund um den Welt AIDS Tag am 01. Dezember und hat seitdem viele KünstlerInnen und Stargäste, vor allem aber viele BesucherInnen in das Aids Hilfe Haus gelockt. Ziel der Feste im Aids Hilfe Haus ist es nicht unbedingt Spenden zu sammeln, sondern die Schwellenangst vor dem Haus zu nehmen. Es sollen damit Leute angesprochen werden, die sonst nicht ins Haus kommen würden, um so zu zeigen, dass es ein offenes Haus für alle ist und nicht, wie z.B. häufig irrtümlich angenommen, ein Krankenhaus mit dementsprechendem Flair.

Vor allem die bunte, unkomplizierte und tolerante Mischung der Menschen auf den Events machen die ganz besondere Stimmung aus! Über die Jahre haben sich die Feste, die mittlerweile unter dem Namen TOGETHER geführt werden, weiterentwickelt: waren sie etwa zu Beginn auf ein Stockwerk begrenzt, erstreckt sich der Event heute über alle Stockwerke des Hauses, bietet mehrere Bars, Dance-Floors und eine große Bühnenshow. Und seit diesem Jahr gibt es noch eine Neuerung – eine eigene TOGETHER Homepage!

Unter www.together-in-vienna.at finden Sie Informationen über die einzelnen Events und ihre Stargäste sowie vor allem viele Fotos und auch Videos aus den letzten 15 Jahren.

Mit freundlichen Grüßen,
Mag. Birgit Leichsenring
Med. Info / Doku der AIDS-Hilfen Österreichs

Falls sich Ihre E-Mail -Adresse ändert oder Sie das med update nicht mehr erhalten möchten, schicken Sie bitte eine E-Mail an: leichsenring@aids.at
Medieninhaber: Die AIDS-Hilfen Österreichs, c/o Aids Hilfe Wien, Mariahilfer Gürtel 4, 1060 Wien
© Die AIDS-Hilfen Österreichs, 2013
Text: Mag. Birgit Leichsenring



Wie jedes Jahr wird auch heuer eine Hepatitis-Impfkampagne in Österreich durchgeführt! Im April und Mai können in allen Apotheken die Impfstoffe günstiger bezogen werden. Konkret: Der Doppel-Impfstoff gegen Hepatitis A und B für Erwachsene kostet im Aktionszeitraum 59,90 € statt 74,90 € und jener für Kinder 37,90 € statt 46,90 €. Die Hepatitis-Impfung ist definitiv zu empfehlen, wie auch der aktuelle österreichische Impfplan betätigt. Diesen finden Sie z.B. unter www.bmg.gv.at

Eine Infektion mit Hepatitis Viren führt zu einer Entzündung der Leber. Es gibt mehrere Arten von Hepatitis Viren, die bekanntesten sind Hepatitis A, B und C.

Hepatitis A Viren werden vor allem über verunreinigtes Wasser und Lebensmittel, bzw. als Schmierinfektion übertragen. Umgangssprachlich ist sie auch als „Reisehepatitis“ bekannt, da es am häufigsten in südlichen Ländern mit unzureichenden hygienischen Standards zu Infektionen kommt. Meistens treten grippeartige Symptome auf, mit Magendarm-Beschwerden, Müdigkeit oder Fieber. Eine Hepatitis A heilt immer von alleine wieder aus und eine durchlebte Infektion führt zu einem lebenslangem Schutz vor einer erneuten Hepatitis A Infektion. Mittels der lang etablierten und vor allem sicheren Impfung, kann man sich allerdings vor der Infektion schützen.

Hepatitis B Viren werden über Blut und andere Körperflüssigkeiten (Speichel, Sperma, Urin etc.) übertragen. Die Hepatitis B gehört zu den weltweit am häufigsten übertragenen Infektionen (ca. 400 Millionen Menschen weltweit leben mit dem Hepatitis B Virus, in Österreich wird die Zahl auf etwa 42.000 geschätzt). Da die Viren besonders ansteckend sind, reicht schon eine minimale (nicht sichtbare) Blutmenge, um eine Infektion hervor zu rufen. Hepatitis B kann daher z.B. bereits durch das gemeinsame Verwenden von Rasierern oder Zahnbürsten übertragen werden. Eine frische (akute) Hepatitis B führt nicht immer zu Symptomen und bleibt daher oft unbemerkt. Etwa 5-10% der Infektionen heilen nicht von alleine auf, sondern gehen in eine chronische Hepatitis über. (Man spricht von chronischer Hepatitis, sobald die Infektion länger als 6 Monate vorliegt.) Dann kann es zu Schädigungen der Leber kommen, im ungünstigsten Fall bis hin zu einer Leberzirrhose oder einem Leberkarzinom. Eine Hepatitis B kann therapiert werden, allerdings wird nur in Ausnahmefällen eine Heilung erreicht. Der beste und sicherste Schutz ist daher die Impfung!

Die **Hepatitis C** Viren werden über Blut übertragen. Es reichen ebenfalls kleinste Blutmengen aus, wodurch es z.B. auch zu Übertragungen im sexuellen Zusammen kommen kann. Der häufigste Übertragungsweg ist die gemeinsame Verwendung von Spritzenbesteck beim intravenösen Drogengebrauch. Eine Hepatitis C Infektion geht zum überwiegenden Teil in eine chronische Hepatitis über. Die Therapie ist möglich, allerdings nachwievor sehr langwierig und belastend und eine Heilung ist nicht garantiert. Die besten Chancen ergeben sich, wenn bereits in der akuten Phase therapiert wird. Neue Medikamente und Therapieoptionen sind jedoch zurzeit im Aufschwung. Weltweit sind ca. 170 Millionen Menschen mit dem Hepatitis C Virus infiziert, in Österreich sind es vermutlich 80.000 Menschen. Gegen eine Hepatitis C gibt es keine Impfung, hier hilft nur aktives und konsequentes Schutzverhalten.



Am 22. und 23. März 2013 fand die „5. Münchener AIDS und Hepatitis Werkstatt“ statt. Diese Fachtagung zeichnet sich insbesondere durch ihren Aufbau aus: neben gemeinsamen Plenarvorträgen bieten vor allem Diskussionsrunden und Workshops die Möglichkeit, eine Bandbreite von Themen in kleineren Gruppen zu diskutieren und zu bearbeiten. Die Tagung ist dementsprechend auch heuer wieder ihrem Namen „Werkstatt“ gerecht geworden und bot unterschiedlichste Aspekte.

Inhaltlich zeichnet sich die Werkstatt durch die Terminwahl aus. Sie findet immer kurz nach der sogenannten CROI statt, der renommierten „Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections“, wodurch natürlich aktuelle Themen der CROI hier präsentiert werden.

Neben den unterschiedlichsten Themengebieten, standen vor allem zwei Schlagwörter, bzw. Bereiche heuer im Vordergrund: „Integrase Inhibitoren“ und „nuke-freie Dualtherapie“, zu denen auch dieses med update ein paar Punkte aufgreifen möchte.



Andere Therapieideen: PI-Monotherapie und nuke-freie Dualtherapie

Unumstritten ist die Kombinationstherapie die beste heutzutage verfügbare Therapie für eine HIV-Infektion. Dementsprechend empfehlen auch alle Behandlungsrichtlinien eine Kombination aus drei unterschiedlichen HIV-Medikamenten. Die klassische HIV-Therapie (= cART für „combined antiretroviral therapy“) besteht aus zwei Substanzen aus der Gruppe der NRTIs (nukleosidische Reverse Transkriptase Inhibitoren), die entweder mit einem NNRTI (nicht nukleosidischer Reverse Transkriptase Inhibitor), einem PI (Protease Inhibitor) oder einem INI (Integrase Inhibitor) kombiniert werden.

Doch auch wenn mit dieser cART ein wirklich bahnbrechender Erfolg für HIV-positive Menschen erreicht werden konnte, liegt es auf der Hand, dass einfachere Therapien mit weniger Medikamenten aus unterschiedlichsten Gründen oft wünschenswert wären. Die Argumente hierfür variieren z.B. vom Thema der Unverträglichkeiten und Resistenzen, dem Offenhalten von Therapieoptionen für die einzelnen PatientInnen, dem Mindern von Langzeitnebenwirkungen, bis hin zu finanziellen Aspekten.

Unabhängig der Gründe und Argumente ist und bleibt es essentiell, die verwendeten und verfügbaren Therapiemöglichkeiten ständig zu hinterfragen, um sie eventuell zu optimieren. Immerhin handelt es sich um eine lebenslange Therapie, die dank der steigenden Lebenserwartung, über Jahrzehnte einzunehmen ist. Verbesserungsideen sind demnach jederzeit angebracht.

Monotherapie mit einem Protease Inhibitor

Eine Idee ist eine PI-Monotherapie. Das wäre eine HIV-Therapie, die nur aus einem geboosterten Protease Inhibitor (PI) besteht. Es gibt zwar Studien aus den 90er Jahren die zeigten, dass so eine PI-Monotherapie zu einem schnellen Therapieversagen führte, allerdings wurden damals die PIs noch ungeboostert (also ohne die Kombination mit Ritonavir) eingesetzt, was heute nicht mehr der Fall ist.

Mehrere Studien beschäftigen sich mit den geboosterten PIs Atazanavir, Darunavir und Lopinavir als mögliche Monotherapie. Sie wird dabei nicht als Therapiestart verwendet (das Konzept hat sich nicht bewährt), sondern in Rahmen einer Therapie-Umstellung als eine sogenannte „Erhaltungstherapie“ eingesetzt. PatientInnen, für die eine PI-Monotherapie in Betracht gezogen werden könnte, sollten bereits mittels einer klassischen cART für längere Zeit eine Viruslast unter der Nachweisgrenze haben und keine Resistenzen gegen PIs aufweisen. Es hat sich auch gezeigt, dass es von Vorteil ist, wenn die PatientInnen vor dem allerersten Therapiestart eine CD4-Zellzahl von über 200/ μ l und eine Viruslast unter 100.000/ml hatten.

Eine Übersicht dieser Studien (z.B. unter www.hivbuch.de) zeigt, dass meist die Nicht-Unterlegenheit der Monotherapie im Vergleich zu cART mehrfach nicht oder nur knapp erzielt werden konnte. D.h., dass die PI-Monotherapie zwar funktioniert, allerdings weniger wirksam als die klassische cART. Niedrige Virämien (= Vermehrung der Viren auf geringem Niveau) kamen häufiger vor und auf Grund von virologischem Versagen im Monotherapiearm wurden auch einige Studien abgebrochen.

Damit ist deutlich: die PI-Monotherapie darf nicht als generelles Therapiekonzept gesehen werden. Nichtsdestotrotz kann sie für einige PatientInnen eine mögliche Alternative darstellen, z.B. wenn die klassischen NRTIs als Basis einer cART nicht eingesetzt werden können. Auch kann sie eventuell einen günstigen Effekt auf eine bestehende Lipoatrophie (= Verlust von Fettgewebe, meist im Gesicht sowie an Armen und Beinen) haben, wie einige Fälle in Studien zeigten: Nach der Umstellung auf die PI-Monotherapie nahm die Anzahl der PatientInnen mit Lipoatrophie ab und es wurde eine Zunahme von Fettgewebe an Armen und Beinen beobachtet.

Es laufen derzeit weitere Studien zu PI-Mono-Erhaltungstherapien.

5. Münchner AIDS und Hepatitis Werkstatt 2013; www.hivbuch.de; www.hivandmore.de

Dualtherapie ohne nukleosidische Reverse Transkriptase Inhibitoren

Ein anderer Ansatz zur Reduzierung der Anzahl der Medikamente einer HIV-Therapie ist die Dualtherapie, also eine HIV-Therapie aus 2 antiretroviralen Substanzen. Besonders der Verzicht auf die beiden NRTIs, welche die Basis einer klassischen cART bilden, erscheint eine sehr interessante Option.

Dies liegt an den möglichen Langzeitnebenwirkungen, die von NRTIs verursacht werden können. Da im Englischen die NRTIs auch oft in Kurzform „nukes“ genannt werden, spricht man hier auch von „nuke-free“ oder „nuke-sparing“ Therapieregimen. Bei einer nuke-freien Dualtherapie werden also 2 Substanzen anderer Wirkstoffgruppen kombiniert, ohne ein NRTI zu inkludieren. Aufmerksamkeit finden in diversen Studien hier die Kombinationen aus einem geboostertem PI (Protease Inhibitor) mit entweder einem INI (Integrase Inhibitor) oder dem Korezeptor-Antagonisten.

Die Ergebnisse sind allerdings etwas widersprüchlich:

In der SPARTAN Studie wurde Raltegravir mit Atazanavir (allerdings ungeboostert) kombiniert. Diese Studie musste abgebrochen werden, da sich zu viele Resistenzen gegen Raltegravir gebildet hatten. Auch traten gehäuft schwere Formen der Gelbsucht auf, der sogenannten Hyperbilirubinämie.

Eine weitere Studie namens ROCnRAL musste ebenfalls abgebrochen werden. Hier wurde Raltegravir mit Maraviroc kombiniert, in der Hoffnung dadurch einen günstigen Effekt für PatientInnen mit einer Lipodystrophie zu erlangen. Es kam jedoch zu einer zu häufigem Auftreten von virologischem Versagen und Resistenzbildung.

In der ACTG5262 Studie konnte bei vielen PatientInnen mit der Kombination aus Darunavir und Raltegravir nach 48 Wochen die Viruslast nicht unter die Nachweisgrenze gesenkt werden. Zusätzlich wurden Resistenzen entwickelt.

In der PROGRESS Studie hingegen zeigte sich die Kombination aus Lopinavir mit Raltegravir als sehr wirksam.

In der OPTIONS-Studie wurde die Frage verfolgt, ob man bei vorbehandelten PatientInnen mit einem virologischen Therapieversagen die NRTIs weg lassen kann, wenn die PatientInnen noch mindestens zwei aktive Substanzen in ihrer Therapie hatten. Die Auswertung der etwa 350 StudienteilnehmerInnen zeigte, dass in Bezug auf die Wirksamkeit der beiden Therapien (also nuke-freie Therapie versus Therapie mit NRTIs) kein Unterschied zu sehen war. Die NRTI schienen hier also keinen Zusatzeffekt gehabt zu haben. Besonders auffallend in dieser Studie war das Auftreten von 6 Todesfällen im NRTI-Arm, während es im nuke-freien Arm keine Todesfälle gab. Diese Fälle können aber nicht auf die NRTI in der Therapie zurückgeführt werden, sondern wurden laut den AutorInnen durch bakterielle Infektionen, AIDS-definierende Erkrankung bzw. einer Lebererkrankung im Endstadium verursacht. Es handelt sich hier also um einen zufälligen Effekt.

In einer anderen Studie namens SCOND-LINE wird bei vorbehandelten PatientInnen (mit einem Therapieversagen unter einem NNRTI) Lopinavir mit Raltegravir kombiniert. Diese Kombination zeigte in der 48 Wochen Analyse gute Ergebnisse. Die Wirksamkeit im nuke-freien Arm war gleich gut wie bei den TeilnehmerInnen im Kontrollarm mit einer klassischen cART aus Lopinavir mit 2 NRTIs. Unter der Dualtherapie sank die Viruslast schneller (was nicht verwundert, da Raltegravir für einen schnellen Abfall bekannt ist), stiegen die CD4-Zellen höher an und sie wurde auch besser vertragen, bzw. es traten weniger unerwünschte Nebenwirkungen auf.

Die unterschiedlichen Studien zeigen auf jeden Fall – es kommt bei den Dualtherapien auf die Kombination der einzelnen Substanzen an. Während z.B. Raltegravir mit Lopinavir effektiv zu sein scheint, ist die Kombination aus Raltegravir und Maraviroc nicht zu empfehlen. Es werden noch viele Daten notwendig sein, um zu sehen, wie und ob nuke-freie Dualtherapien in Zukunft eine größere Rolle spielen könnten.

5. Münchner AIDS und Hepatitis Werkstatt 2013; CROI2013: Boyd et al; Katlama et al; Tashima et al



Integrase Inhibitoren (INI) sind von keiner Konferenz oder Tagung mehr weg zu denken. Nachdem 2007 der erste INI namens Raltegravir zugelassen wurde, wird diese Substanzklasse der HIV-Medikamente nun um zwei weitere Substanzen erweitert. Demnächst kommt Elvitegravir auf den Markt und dann wird Dolutegravir folgen. (siehe auch med update Nr. 12/2012 „HIV-Integrase und Integrase Inhibitoren“)

Sie haben ein paar Gemeinsamkeiten und ein paar Unterschiede wie z.B.:

Die drei INIs zeichnen sich durch ihre gute Verträglichkeit und Wirksamkeit aus. Sie führen alle zu einem besonders raschen Abfall der Viruslast nach Beginn einer Therapie. Dadurch könnten sie z.B. auch interessant sein, wenn es um die Therapie schwangerer Frauen geht, die erst kurz vor der Geburt die Diagnose HIV-positiv erhalten. Ein virologisches Versagen kommt bei allen drei INIs ähnlich selten vor. Während Raltegravir und Elvitegravir kreuzresistent sind (d.h. bei einer Resistenz gegen den einen INI ist auch der andere INI wirkungslos), zeigt Dolutegravir hingegen wahrscheinlich auch dann noch eine Wirkung und bleibt somit als Therapieoption bestehen. Raltegravir führt zu wenig Wechselwirkungen mit anderen Substanzen und kann gut bei Hepatitis-Koinfektionen oder einer Tuberkulose eingesetzt werden. Während Raltegravir zwei Mal täglich eingenommen werden muss, können die anderen beiden INIs einmal täglich verabreicht werden. Elvitegravir benötigt einen Booster, die anderen beiden INIs nicht. Der Booster von Elvitegravir (Cobicistat) kann zu Interaktionen mit anderen Medikamenten führen.

Das sind nur einige Punkte und keine vollständige Charakterisierung der Substanzen, sie zeigen jedoch auf, dass auch bei der Wahl eines INIs individuell auf die PatientInnen eingegangen werden kann.

SAILING Studie – Dolutegravir versus Raltegravir

In der sogenannten SAILING Studie wurde Raltegravir mit Dolutegravir verglichen.

Die Studie hatte über 700 TeilnehmerInnen, die eine Resistenz gegen eine oder zwei Substanzklassen der HIV-Therapie aufwiesen und zuvor noch nie einen Integrase Inhibitor (INI) eingenommen hatten. Sie erhielten jeweils einen der beiden INIs (Dolutegravir 50mg 1/Tag oder Raltegravir 400mg 2/Tag) in individueller Kombination mit maximal zwei anderen HIV-Medikamenten, von einer noch vollen Wirksamkeit zeigte.

Die Verträglichkeit war bei beiden Studienarmen gut und Abbrüche auf Grund von Nebenwirkungen gab es wenig. Die Auswertung nach 24 Wochen zeigte, dass bei mehr PatientInnen mit Dolutegravir die Viruslast unter die Nachweisgrenze gesenkt werden konnte (bei Dolutegravir waren es 79%, bei Raltegravir 70%). Dieser Effekt zeigte sich vor allem bei den TeilnehmerInnen, die zu Beginn der Studie eine hohe Viruslast hatten, nicht jedoch in signifikantem Ausmaß bei den PatientInnen, die ebenfalls den Protease Inhibitor Darunavir in ihrer Therapie hatten. Hier lag der Unterschied nur bei 1%.

Integrase Inhibitor als PrEP?

Interessant wäre auch die Idee, Integrase Inhibitoren (INI) als PrEP ein zu setzen, also als Pre-Expositions-Prophylaxe. Bei der PrEP handelt es sich um die prophylaktische Einnahme von HIV-Medikamenten, um einer Infektion vorzubeugen. Auf Grund vielfacher Problematiken, offener Fragen und Diskussionspunkte ist eine PrEP in Europa nicht zugelassen, die USA erteilten im Sommer 2012 die Zulassung. Es ist zurzeit nur eine Art von PrEP in realer Anwendung, bzw. wurde in Studien untersucht: die Kombination aus den beiden HIV-Medikamenten Tenofovir und Emtricitabin.

Ein experimenteller Ini (S/GSK744), der ein Analog zum bereits weit entwickelten und zur Zulassung angemeldeten INI Dolutegravir ist, wird zurzeit untersucht. Im Gegensatz zu vielen anderen HIV-Medikamenten scheint es möglich zu sein, diese Substanz als Depotspritze einzusetzen, was eventuell die Verabreichung in Form einer monatlichen Injektion möglich machen könnte. Der Arbeitsname der Substanz wird hier um die Abkürzung LAP erweitert, was für „long acting parenteral“ steht. (parenteral bedeutet quasi „am Darm vorbei“ und meint Substanzen, die nicht geschluckt, sondern injiziert werden.)

Eine kleine Versuchsreihe mit Rhesusaffen und S/GSK744LAP zeigte, dass die Substanz eine Schutzwirkung hat: Bei 8 Affen die ein Placebo erhalten hatten, kam es nach durchschnittlich zwei Kontakten zu einer Infektion. Im Gegensatz dazu kam es bei 8 anderen Rhesusaffen denen der Wirkstoff injiziert wurde, zu keiner Infektion.

Auch wenn dieser Tierversuch natürlich weit von einer realen Anwendung entfernt ist, zeigt er, dass dieser experimentelle INI in Zukunft eine mögliche PrEP in Form einer Monatspritze anbieten könnte.

5. Münchner AIDS und Hepatitis Werkstatt 2013; CROI2013: Andrews et al

Elvitegravir – in Kombinationstablette bald in der EU erhältlich

Ende März 2013 hat der wissenschaftliche Ausschuss für Humanarzneimittel (genannt CHMP = „Committee for Medicinal Products for Human Use“) von der europäischen Arzneimittelagentur (EMA) eine Empfehlung für die Zulassung von Stribild® abgegeben.

Unter dem Handelsnamen Stribild® verbirgt sich eine HIV-Therapie in Form einer einzigen Tablette pro Tag, die sich aus den beiden etablierten NRTIs Tenofovir und Emtricitabin sowie dem neuen INI Elvitegravir und einem neuen Booster namens Cobicistat zusammensetzt.

(In den letzten Jahren war die Kombination eher unter dem Namen „Quad“ bekannt geworden, da sie sich aus 4 Substanzen zusammensetzt.)

In den USA wurde die Kombinationstablette bereits 2012 zugelassen. Zugelassen wird Stribild® für HIV-positive Menschen, die noch nie eine antiretrovirale Therapie erhalten haben oder für bereits vorbehandelte PatientInnen, die keine Resistenzen gegen einen der Wirkstoffe aufweisen. In Studien hat sich die Therapie als sehr wirksam und gut verträglich bewiesen.

Die EMA prüft nun die positive Stellungnahme des CHMP und die endgültige Zulassung für Europa wird in den kommenden Monaten erwartet.

Stribild® ist damit (nach Atripla® und Eviplera®) die dritte HIV-Therapie in Form einer einzigen Tablette pro Tag. Es wird auch nicht die Letzte bleiben, weitere Kombinationstabletten (so auch mit dem zweiten neuen INI Dolutegravir) werden folgen und die Einnahme einer antiretroviralen Therapie für HIV-positive Menschen vereinfachen.



Nachgefragt: Wirkstoffnamen und Handelsnamen der HIV-Medikamente

Bei Informationen zur HIV-Therapie kann es verwirrend sein, wenn teils die Wirkstoffnamen und teils die Handelsnamen von HIV-Medikamenten verwendet werden. Zusätzlich werden häufig nur Abkürzungen genannt, manchmal auch „Arbeitstitel“ für Substanzen in der Entwicklung und in einigen Fällen sind die Handelsnamen nicht weltweit ident. Hier daher zur Übersicht der bislang in der EU zugelassenen HIV-Medikamente:

Handelsname® = Abkürzung = Substanzname

NRTI: Nukleosidische Reverse Transkriptase Inhibitoren

Emtriva = FTC = Emtricitabin

Epivir = 3TC = Lamivudin

Retrovir = AZT = Zidovudin

Videx = DDI = Didanosin

Viread = TDF = Tenofovir

Zerit = D4T = Stavudin

Ziagen = ABC = Abacavir

NNRTI: Nicht Nukleosidische Reverse Transkriptase Inhibitoren

Edurant = RPV = Rilpivirin

Intelence = ETV Etravirin

Rescriptor = DLV Delavirdin

Sustiva = Stocrin = EFV = Efavirenz

Viramune = NVP = Nevirapin

PI: Protease Inhibitoren

Aptivus = TPV = Tipranavir

Crixivan = IDV = Indinavir

Invirase = SQV = Saquinavir

Kaletra = LPV = Lopinavir/Ritonavir

Norvir (Booster) = RTV = Ritonavir

Prezista = DRV = Darunavir

Reyataz = ATV = Atazanavir

Telzir = Lexiva = FPV = Fosamprenavir

Viracept = NFV = Nelfinavir

Entryinhibitoren

Celsentri = Selzentry = MVC = Maraviroc

Fuzeon = T-20 = Enfuvirtide

INI: Integrase Inhibitoren

Isentress = RAL = Raltegravir

Kombinationspräparate

Atripla = ATP = TDF+FTC+EFV

Combivir = CBV = AZT+3TC

Eviplera = Complera = TDF+FTC+RPV

Kivexa = Epzicom = K VX = 3TC+ABC

Trizivir = TZV = AZT+3TC+ABC

Truvada = TVD = TDF+FTC

Info-Abend
Drogen und HIV

Welche Drogen sind zurzeit aktuell? Welche Nebenwirkungen gibt es? Worauf sollte man aufpassen? Welche Wechselwirkungen gibt es mit den HIV-Medikamenten? Wo gibt es welche Beratungs- und Betreuungsangebote?

In lockerer Atmosphäre wird ein Überblick über die Thematik Drogen und HIV geboten und ExpertInnen stehen für Fragen zur Verfügung.

ExpertInnen Dr. Matthias Reisinger (HIV-Behandler; OWS und Suchthilfe Wien)
 Mag. Sabine Schiessel (Beraterin; checkit!)

Moderation Mag. Birgit Leichsenring

Datum **Dienstag, 07. Mai 2013**

Zeit 19:00 Uhr

Ort Gugg, Vereinszentrum der HOSI Wien
 Heumühlgasse 14, 1040 Wien

Eintritt frei! Keine Anmeldung erforderlich!