

- S. 1** Allgemeines: Papstbild aus 17.000 Kondomen zur Versteigerung
- S. 2** Impfstoffstudie „HVTN 505“ gestoppt
- S. 3** Funktionelle Heilung - „Das Baby“
 - Die Fakten
 - Diskussion und Fragen
- S. 6** Funktionelle Heilung – „Die Franzosen“
- S. 7** Aktive Mitarbeit gesucht: Community-Board für DÖAK 2015
- S. 8** Umfrage des Vereins PULSHIV zum Thema Versorgungsqualität in Österreich
- S. 9** Veranstaltungsankündigungen: Info Abend „ Drogen und HIV“

Allgemeines

Liebe LeserInnen,

ein sehr spezielles Kunstwerk der US-Amerikanerin Niki Johnson steht seit Kurzem zur Versteigerung.

Die Künstlerin hat hierbei ca. 17.000 bunte Kondome in einem 3m² großen Netz verknüpft und auf diese Art und Weise ein Porträt vom vorherigen Papst Benedikt XVI. kreiert.

Johnson will mit der Arbeit einen Beitrag zu sexueller Aufklärung und Gesundheitsförderung leisten und dabei insbesondere auf die Rolle der Kirche in dieser Thematik aufmerksam machen. Laut Statement der Künstlerin kam ihr diese Idee, nachdem sie von den Aussagen des Papstes bei einem Afrika-Besuch hörte, in denen er sagte: „... AIDS kann mit Kondomen nicht besiegt werden, im Gegenteil: sie verschlimmern die Problematik.“

Ausgerechnet in der Woche Ende Februar 2013, als Papst Benedikt XVI. seinen Rücktritt bekannt gab, wurde das Werk unter dem Titel „Eggs Benedict Project“ fertiggestellt.

Das Bild steht noch bis zum 21. Mai 2013 in Form einer öffentlichen Auktion zum Verkauf zur Verfügung. Der Erlös von „Eggs Benedict“ kommt HIV/AIDS –Projekten zu Gute.

<http://eggsbenedictproject.com>

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 (außer S.7 und S.8)



Impfstoffstudie „HVTN 505“ gestoppt

Erneut wurde eine Impfstoffstudie abgebrochen. Es gab zwar keine Sicherheitsbedenken, allerdings konnte keinerlei Effekt der Impfung beobachtet werden.

Die Studie mit dem Namen HVTN 505 begann 2009 und ca. 2.500 Personen in 19 US-amerikanischen Städten hatten teilgenommen. Bei den TeilnehmerInnen handelte es sich um HIV-negative MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) und Transgender (hier der Richtung Mann-zu-Frau) im Alter zwischen 18 und 50 Jahren. Da es in einer vorherigen Impfstoffstudie (Step Study, wurde 2007 abgebrochen) insbesondere unter den teilnehmenden unbeschnittenen Männern zu gehäuften HIV-Infektionen kam, war die Zirkumzision in dieser Studie eine Voraussetzung.

HVTN505 wollte untersuchen, ob die verwendete Impfung einen reduzierenden Effekt auf die Viruslast (Menge der HI-Viren im Blut) hat, sollte es zu späterem Zeitpunkt nach einer Impfung zu einer Infektion kommen. Dieses Studienziel wurde 2011 um die Frage erweitert, ob die Impfung auch vor einer HIV-Infektion schützt, nachdem es dementsprechende Daten aus Tierversuchen gegeben hatte.

Eine Hälfte der TeilnehmerInnen bekamen Injektionen mit einem Placebo, die andere Hälfte die Impfungen. Hierbei wurde ein sogenanntes „prime-boost“ Verfahren angewendet. D.h., zuerst wird eine Immunantwort mit dem einem Vakzin hervorgerufen und anschließend das Immunsystem mit einem anderen Vakzin erneut angeregt. Die Idee bei der Verwendung unterschiedlicher Impfstoffe ist, dass auch unterschiedliche Immunantworten hervorgerufen werden und somit ein breiterer Effekt der Impfung erzielt werden soll.

Nach Ablauf von 28 Wochen kam es im Impfstoffarm zu 27 und im Placeboarm 21 HIV-Infektionen. Zusätzlich mussten 14 Infektionen im Impfstoffarm und 9 im Placeboarm bei solchen TeilnehmerInnen registriert werden, deren Studienbeginn noch nicht 28 Wochen zurück lag. Der Unterschied der Anzahl der HIV-Infektionen in den beiden Studienarmen ist laut der Studienleitung nicht signifikant, d.h., der Impfstoff hat nicht zu einem höheren Risiko für eine HIV-Infektion geführt. Aber eben auch nicht das Risiko wie erhofft minimiert.

Zusätzlich wurden bei 30 TeilnehmerInnen, bei denen es nach 28 Wochen Studienteilnahme zu einer HIV-Infektion kam (15 davon aus dem Impfstoffarm und 15 aus dem Placeboarm) für 20 Wochen die Viruslast engmaschig beobachtet. Es zeigte sich kein Unterschied in der Höhe der Viruslast, d.h., die Impfung hatte auch keinerlei Auswirkungen auf eine nach der Impfung akquirierten HIV-Infektion.

Auf Grund dieser Ergebnisse bei einer Zwischenauswertung im April 2013, wurde die Studie jetzt eingestellt.



„Das Mississippi-Baby“ – die Fakten

Ein spezieller Fallbericht sorgte im Frühjahr 2013 große Aufmerksamkeit: Überschriften nach dem Motto „Baby von HIV geheilt“ waren auch in den österreichischen Medien zu lesen. Hinter der Überschrift verbirgt sich der Fall eines Kleinkindes, welcher auf der diesjährigen CROI (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections) Anfang März in Atlanta/USA vorgestellt wurde.

Bei einer Frau wurde im Zuge der Geburt ihrer Tochter eine HIV-Infektion festgestellt. Durch diesen Umstand gab es nicht die Möglichkeit bei der Mutter bereits vor der Geburt eine HIV-Therapie zu starten, um damit die Viruslast zu senken und das Übertragungsrisiko auf das Kind zu reduzieren.

Das Neugeborene wurde direkt am Tag nach der Geburt auf genetisches Material von HIV-Viren getestet und eine Viruslast von knapp 20.000 HIV-RNA Kopien/ml Blut detektiert. Auch die HIV-DNA Messung aus sogenannten PBMC (engl. für „Peripheral Blood Mononuclear Cell“ = spezielle Zellen des Immunsystems im Blut) war positiv.

In Folge wurde sofort (ca. 30 Stunden nach der Geburt) mit einer HIV-Therapie begonnen. Eine prophylaktische „Mini-HIV-Therapie“ (also eine PEP = Postexpositionsprophylaxe) wird standardmäßig bei Kindern von HIV-positiven Müttern direkt nach der Geburt durchgeführt, üblicherweise für 4 Wochen. Da die ersten Tests jedoch bereits HIV im Blut des Mädchens zeigten, wurde die Zusammensetzung der Mini-Therapie gewechselt und als kontinuierliche HIV-Therapie weitergeführt. Mehrere Messungen an den Tagen 7, 12 und 20 nach der Geburt zeigten eine nachweisbare Viruslast, an Tag 29 lag die Viruslast dann unter der Nachweisgrenze, bzw. hier unter 20 RNA-Kopien/ml.

Das Mädchen nahm die Medikamente weiterhin ein, bis die Mutter im 18. Lebensmonat des Kindes die Therapie selbständig absetzte und für einige Zeit die Termine bei den BehandlerInnen nicht mehr wahrnahm. 6 Monate später kam das Kind wieder zur Untersuchung und es zeigte sich, dass trotz des Therapiestopps die HIV-RNA nicht nachweisbar war. Bis zum 26 Monat wurde weiterhin keine HIV-RNA nachgewiesen. Auch konnten keine Antikörper gegen HIV gemessen werden. Das bedeutet, dass das Immunsystem des Kindes auch nach 26 Monaten keine Immunantwort gegen eine HIV-Infektion gebildet hatte. Die Menge an HIV-DNA in den PBMCs wurde mit 4 Kopien in 1 Millionen Zellen bestimmt, wobei es sich aber anscheinend nicht um vermehrungsfähige/funktionsfähige Virus-Erbinformation handelte.

Die Präsentatoren der Fallstudie sprachen daher von einer „funktionellen Heilung“, d.h. es sind zwar HIV-Bruchstücke zu sehen, aber diese sind nicht vermehrungsfähig, bzw. können vom Immunsystem eigenständig kontrolliert werden.

Das „Mississippi-Baby“, wie es bereits in Anlehnung an den „Berliner Patienten“ genannt wird, sorgte durchaus für Kopfschütteln über die Geschwindigkeit der Medien, waren doch bereits Berichte zu lesen, bevor überhaupt die dementsprechende Präsentation auf der CROI stattgefunden hatte. Und es sorgte auf jeden Fall für einige Diskussionen, Fragen und Anmerkungen.

Das med update möchte einige dieser Diskussionspunkte im Folgenden auflisten.

Was die Geschichte unabhängig der Diskussionen auf jeden Fall unterstreicht ist, wie essentiell es ist, HIV-Tests bei schwangeren Frauen durchzuführen, um bereits vor der Geburt als Prophylaxe-Maßnahme eine Therapie der Mutter einzuleiten. Eine Infektion des Kindes kann bei effektiven Maßnahmen aus medizinischer Sicht nämlich eigentlich ausgeschlossen werden.

In Österreich ist zum Glück bereits seit einiger Zeit der HIV-Test im Mutter-Kind-Pass enthalten.

„Das Mississippi-Baby“ - Diskussionen und Fragen

Zum einen scheint die Frage im Raum zu stehen, ob es sich tatsächlich um eine gesicherte Infektion des Kindes gehandelt hatte, obwohl die ersten durchgeführten Tests dies nachgewiesen hatten. Es könnte sich um HIV-positives Blut der Mutter handeln, welches im Verlaufe der Geburt auf das Kind übertragen wurde. D.h., handelte es sich nicht um eine Infektion des Kindes während der Schwangerschaft, sondern wurden „nur“ Viren der Mutter direkt nach der Geburt beim Kind gemessen? Das würde allerdings nicht damit zusammenpassen, dass die Viruslast des Neugeborenen höher war, als die der Mutter.

Wäre es bereits zu einer Infektion während der Schwangerschaft gekommen, hätte die Viruslast nicht noch höher sein müssen? Andererseits interpretieren die BehandlerInnen des Kindes die erste gemessene Viruslast als starken Hinweis darauf, dass es bereits intrauterin zu einer Infektion kam.

Kann es sich bei den später durchgeführten Tests um Laborfehler handeln, da die Messwerte so extrem gering waren? (Diese Frage ist insofern nicht mehr zu beantworten, da keine Rückstellproben aus den ersten Wochen aufbewahrt wurden.)

Warum kam es zu keiner Immunantwort, d.h., warum wurden keine Antikörper gebildet? Darf man denn von einer gesicherten HIV-Infektion sprechen, wenn gar keine Antikörper vorhanden sind?

War die sofortige Therapie also einfach eine erfolgreiche PEP (Postexpositionsprophylaxe), die man nicht als „Heilung“ bezeichnen würde?

Eine andere Diskussion ist, ob man aus diesem Fall ableiten sollte, generell bei Kindern von HIV-positiven Müttern mit einer nachweisbaren Viruslast die jetzt übliche „Baby-PEP“ auf eine komplette HIV-Therapie für z.B. 18 Monate zu erweitern. Damit könnte unter Umständen auch das Risiko einer Übertragung durch Muttermilch gesenkt werden, sollte aus diversen Gründen keine Möglichkeit bestehen, auf das Stillen des Kindes zu verzichten.

Mehrfach wurde kritisiert, dass nach so einem kurzen Beobachtungszeitraum überhaupt von einer Art Heilung gesprochen wurde. Erst eine Langzeitbeobachtung kann zeigen, ob die Viren tatsächlich nicht wiederkommen. Und die ist hier noch nicht gegeben.

Eine andere Frage ist: handelt es sich wirklich um eine Neuheit, bzw. einen Einzelfall? Das Prinzip, welches auch in diesem Fall die essentielle Rolle spielt, ist das sogenannte „HIV-Reservoir“, bzw. die „latent infizierten Zellen“. Unter diesen Begriffen versteht man Zellen, die von HI-Viren befallen wurden und dementsprechend auch die HIV-Erbinformation in sich tragen. Sie werden „latent“ aus dem Lateinischen für „verborgen/versteckt“ genannt. Diese latenten Zellen werden von Medikamenten nicht erreicht und können vom Immunsystem nicht als infiziert erkannt werden. Sie entziehen sich also der Möglichkeit, eliminiert zu werden. Allerdings bleibt die Fähigkeit neue HI-Viren zu produzieren bestehen und die Zellen können somit eine Infektion immer wieder neu ankurbeln.

Diverse Ideen basieren auf diesem Reservoir:

Wenn man diese Reservoir-Zellen aktiviert, können sie dadurch erkannt und eliminiert werden. Und wenn alle diese Zellen abgebaut werden könnten und gleichzeitig durch die HIV-Therapie auch keine neuen Zellen infiziert würden, dann könnte man eine Heilung hervorrufen?

Oder: Wenn die Therapie so früh beginnt, dass sich von Beginn an keine oder nur minimale Reservoirs bilden können, kann das Immunsystem diese Infektion vielleicht auch ohne Therapie in Schach halten (eben eine funktionelle Heilung)?

Oder: Wenn mittels HIV-Therapie sichergestellt ist, dass es zu keiner Infektion weiterer Zellen kommt, bauen sich theoretisch die Reservoirs auch selbständig ab, da diese Zellen eine natürlich begrenzte Lebensdauer haben? Allerdings wird die Dauer des kompletten Entleerens der Reservoirs auf viele Jahrzehnte geschätzt.

Die Ideen reichen hier dementsprechend von Aktivierung der Zellen mittels Medikamenten (z.B. Vorinostat), über Intensivierung der HIV-Therapie und Abbau der Zellen durch die natürliche Lebensdauer (z.B. New Era Studie) oder den Beginn der Therapie direkt in den ersten Wochen nach dem Infektionsereignis, sofern bereits diagnostiziert (z.B. VISCONTI Kohorte).

Letzteres lässt sich mit dem speziellen Fall des Kindes vergleichen: Durch den Therapiestart bereits am 2. Tag nach der Geburt, konnte es kaum zu einer Ausbildung von Reservoirs kommen. Es wurden quasi zunächst durch die Therapie keine Viren produziert und dann aber nach Absetzen der Therapie ebenfalls keine (oder nur defekte) Viren gebildet, da die Reservoirs fehlen, bzw. zu klein sind.

Was bei dem Mississippi-Mädchen geschehen sein dürfte, ist somit vom Prinzip her bekannt und es gibt auch Beispiele von erwachsenen Menschen, bei denen es tatsächlich zu funktionieren scheint, wie etwa in der französischen VISCONTI Studie, umgangssprachlich auch schon als „die Franzosen“ bekannt.

5. Münchner AIDS und Hepatitis Werkstatt 2013; CROI2013: Persaud et al; www.clinicaloptions.com; www.projektinform.org; www.hivandmore.de; www.infekt.ch; www.aidshilfe.de

Im Zusammenhang mit dem Wort „funktionelle Heilung“ sorgte noch eine weitere Veröffentlichung für positive Aufregung dieses Frühjahr.

In der sogenannten ANRS EP 47 Vosconti Kohorte werden 4 HIV-positive Frauen und 10 HIV-positive Männer seit mehreren Jahren beobachtet.

Alle 14 PatientInnen wurden zwischen 1996 und 2002 während der sogenannten Primärphase diagnostiziert, d.h., die HIV-Infektion konnte bereits wenige Wochen nach dem Infektionsereignis festgestellt werden. 12 der PatientInnen hatten zum Zeitpunkt der Diagnose auch Symptome der Primärinfektion.

Es wurde bei allen PatientInnen sofort mit einer HIV-Therapie begonnen, also in diesem Fall bereits im Laufe der ersten 10 Wochen nach der Infektion.

Nach durchschnittlich 3 Jahren wurde bei den StudienteilnehmerInnen die Therapie abgesetzt. Mittlerweile sind die PatientInnen seit durchschnittlich 7,5 Jahren ohne HIV-Therapie und kontrollieren aber ihre HIV-Infektion selbständig. D.h., die Viruslast verbleibt auf einem niedrigen Level mit maximal 500 Kopien/ml, bzw. bei 8 der PatientInnen liegt sie seitdem durchgehend unter der Nachweisgrenze. Die Anzahl der CD4-Zellen ist mit durchschnittlich 837 Zellen/ μ l stabil.

Ursache dieser eigenständigen Kontrolle sind anscheinend keine genetischen Besonderheiten, sondern dürften des extrem frühen Therapiestarts und somit den nur minimalen Reservoiren zu verdanken sein.

Die Autoren der Studie reden allerdings nicht unbedingt von einer „Heilung“, sondern prägen hier den Ausdruck „Post-Treatment-Controllers“ (PTC).

Sie gehen davon aus, dass so ein Erfolg eventuell bei bis zu 15% von PatientInnen mit sehr früher HIV-Therapie erzielt werden könnte.

Hier liegt allerdings bereits das größte Hindernis: Diese Möglichkeit ergibt sich ausschließlich, wenn sehr schnell nach einer HIV-Infektion die Diagnose gestellt werden kann. Und das entspricht keinesfalls der Regel.

Sáez-Cirión A. et al.; "Post-Treatment HIV-1 Controllers with a Long-Term Virological Remission after the Interruption of Early Initiated Antiretroviral Therapy ANRS VISCONTI Study"; PLoS Pathog 9(3); 2013



Mitte Juni 2013 findet der 5. DÖAK (Deutsch-Österreichischer AIDS Kongress) in Innsbruck statt. Doch bereits jetzt laufen erste Vorbereitungen für die Nachfolge-Konferenz – den DÖAK 2015 in Düsseldorf:

Ab sofort können sich interessierte Personen aus der Positiven-Selbsthilfe aus Deutschland, der Schweiz und Österreich für das sogenannte Community-Board (CB) zur Vorbereitung des DÖAK 2015 bewerben!

Gesucht werden Menschen, die Interesse und Zeit haben, die Perspektiven von Menschen mit HIV und Aids durch die Mitarbeit im Community Board und den Vorbereitungsstrukturen des DÖAK in die Kongressplanung und Durchführung einzubringen.

Die Kandidatinnen und Kandidaten für das CB werden über ein Ausschreibungsverfahren ermittelt. In der Bewerbung soll dargelegt werden, welche Erfahrungen im Bereich HIV/Aids der/die einzelne hat und mit welcher Perspektive und Motivation die Mitarbeit erfolgt.

Das CB wird sich voraussichtlich vier Mal bis zum DÖAK 2015 treffen. Es setzt sich dafür ein, dass die auf der Konferenz verhandelten Themen auch auf ihre Relevanz für das Leben mit HIV/Aids hin diskutiert werden. Das CB steht für eine Umsetzung des Genfer Prinzips ein, das eine Einbeziehung von Menschen mit HIV/Aids und die Berücksichtigung ihrer Perspektiven auf das Thema HIV/Aids gewährleisten soll.

Ferner gehören folgende Aufgaben zur Tätigkeit im CB:

- . Erarbeitung eigener Workshopthemen für den Kongress
- . Vertretung des CB im Kongresspräsidium (2 Personen)
- . Mitarbeit im abstract review Gremium
- . Mitarbeit im Scientific Board (eventuell für diesen Kongress identisch mit dem abstract review Gremium)
- . Rede zur Eröffnung (1 Person)
- . Ausschreibung und Auswahl der Teilnehmenden für das Scholarshipprogramm
- . Besetzung von Co-Chairs für alle Sessions

Das Community-Board soll aus bis zu sieben Personen bestehen (jeweils zwei pro Land plus eine Person aus der lokalen Vorbereitungsgruppe, um die Verbindung zu schaffen). Die Mitarbeit ist ehrenamtlich, die Kosten der Treffen werden vom Kongress übernommen.

Wünschenswert wäre eine Teilnahme der neuen Board-Mitglieder am diesjährigen DÖAK vom 12.-15.06.2013 in Innsbruck.

Das Anmeldeformular und weitere Informationen finden Sie unter www.pulshiv.at



Der Verein PULSHIV lädt zu folgender Umfrage ein:

HIV hat sich in den letzten Jahren verändert und wir haben mit den neuen Therapien viele Lebensjahre gewonnen.

Die Versorgungsqualität (durch medizinische und psychosoziale Anbieter) ist in Österreich im Kontext dieser Veränderungen bisher wenig reflektiert worden.

Das wollen wir mit dieser kleinen Umfrage ändern.

Diese Umfrage

- ist von HIV-positiven Menschen für HIV-positive Menschen geplant und durchgeführt
- ist den Grundsätzen der Anonymität und Verschwiegenheit verpflichtet
- wird in ganz Österreich durchgeführt und erste Ergebnisse sollen im Frühjahr 2013 vorgestellt werden

<http://de.surveymonkey.com/s/N6FQS9M>

oder

www.pulshiv.at

Verein PULSHIV
Interessensvertretung von und für Menschen mit HIV und deren Angehörigen
pulshiv@gmx.at
www.pulshiv.at
0699 114 03 426



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!