



Nr. 07/2013

Juli 2013

- S. 1 28. Juli ist Welt-Hepatitis-Tag
- S. 2 Der STI&AIDS World Congress 2013 in Wien
- S. 3 Herausforderungen der Zukunft – “the Fauci challenge”
 - Zugang zu Therapie und Präventionsstrategien
 - Funktionelle Heilung, Eradikation und Impfung
- S. 6 Treatment as Prevention – diverse Aspekte
- S. 7 Australien und HPV– eine Erfolgsstory
- S. 8 MSM, Syphilis und HIV – eine Studie in New York zeigt Risiko auf
- S. 9 Verändertes Risikoverhalten bei einer PrEP?
- S. 10 Nachgefragt: PrEP Studien – „ die großen Vier“
- S. 11 Empfehlung des Berliner Impfbeirates zur Impfung gegen Meningokokken - Erkrankungen
- S. 12..... Anhang „Monty Pythons Medical Lovesong“



Liebe LeserInnen,

am 28. Juli ist der sogenannte Welt-Hepatitis-Tag. Ziel dieses internationalen und von der Weltgesundheitsbehörde WHO anerkannten Tages ist es, die Bevölkerung auf das Thema Hepatitis aufmerksam zu machen und zu sensibilisieren. Und dass hier nachwievor Handlungsbedarf besteht, zeigen die Zahlen sehr deutlich:

Weltweit leben geschätzte 500 Millionen Menschen mit einer Hepatitis-B oder Hepatitis-C Infektion. Ohne Behandlung können diese Infektionen langfristige Leberschäden hervorrufen, bis hin zu einer Leberzirrhose, Leberkrebs und Leberversagen. Laut WHO versterben 1,5 Millionen Menschen pro Jahr an den Folgen einer solchen Hepatitis-Infektion.

Ein Großteil dieser Erkrankungen könnte leicht verhindert werden – seit vielen Jahren gibt es eine sehr gut verträgliche und hochwirksame Impfung gegen Hepatitis A und B. Doch auch in Ländern mit ausgezeichnetem Zugang zu Information, Impfprogrammen sowie generell zu Gesundheitseinrichtungen und medizinischer Betreuung, ist die Durchimpfungsrate immer noch bedenklich niedrig – so auch in Österreich.

Informationen zum Welt-Hepatitis-Tag finden sie z.B. unter www.worldhepatitisalliance.org und www.welthepatitstag.info oder bei der Hepatitis Hilfe Österreichisch unter www.gesundeleber.at

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, bis auf Presstext des Berliner Impfbeirates = S. 11



Vom 14. bis zum 17. Juli fand in der Wiener Hofburg der „STI&AIDS World Congress“ statt. An die 1.400 ExpertInnen aus etwa 110 Ländern reisten hierfür nach Wien. Die Tatsache, dass mit ca. 550 Delegierten weit weniger als die Hälfte aller KongressteilnehmerInnen aus Europa kam, verdeutlicht die internationale Zusammensetzung der Konferenz. Im Vorfeld gab es über 1.300 Abstracteinreichungen, wovon 138 für Vorträge ausgewählt und weitere 886 in Form eines Posters ausgestellt wurden. Organisiert und durchgeführt wurde der Kongress gemeinsam von der ISSTD (International Society for Sexually Transmitted Diseases Research) und der IUSTI (International Union against Sexually Transmitted Infections).

In der Eröffnungssitzung am Sonntag, den 14. Juli wurde nicht nur das Programm der kommenden Tage vorgestellt, sondern dem internationalen Publikum auch ein Stück österreichischer Flair präsentiert. Nach Falcos „Vienna calling“ zum Einlass der Session, folgten während der Veranstaltung noch eine Choraufführung mit einem Medley aus den bekanntesten „Sound of Music“ Liedern, eine Zusammenstellung klassischer Kammermusik, sowie ein Auszug aus einigen Operetten. Für großes Lachen sorgte dann die Zugabe der (klassisch ausgebildeten) MusikerInnen: „Monthly Pythons Medical Lovesong“. Den Text mit tatsächlich rein auf sexuell übertragbare Erkrankungen zugeschnittenem Inhalt, finden Sie für ein kleines Grinsen im Anhang des med update.

Für ein Aufhorchen der seriösen Art (zumindest unter den österreichischen TeilnehmerInnen) sorgten die Begrüßungsworte von Dr. Gerhard Aigner des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit. Er bezog sich in seiner Ansprache auf die Impfung gegen Humane Papillom Viren (HPV). Diese Impfung ist in Österreich zwar erhältlich und auch laut Impfplan empfohlen, aber im Gegensatz zu anderen Ländern empfindlich teuer. Aigner sagte jedoch, dass die HPV-Impfung auf der Prioritätenliste stünde und er die reale Hoffnung hat, dass ein nationales Impfprogramm mit Kostenübernahme in Österreich umgesetzt wird.

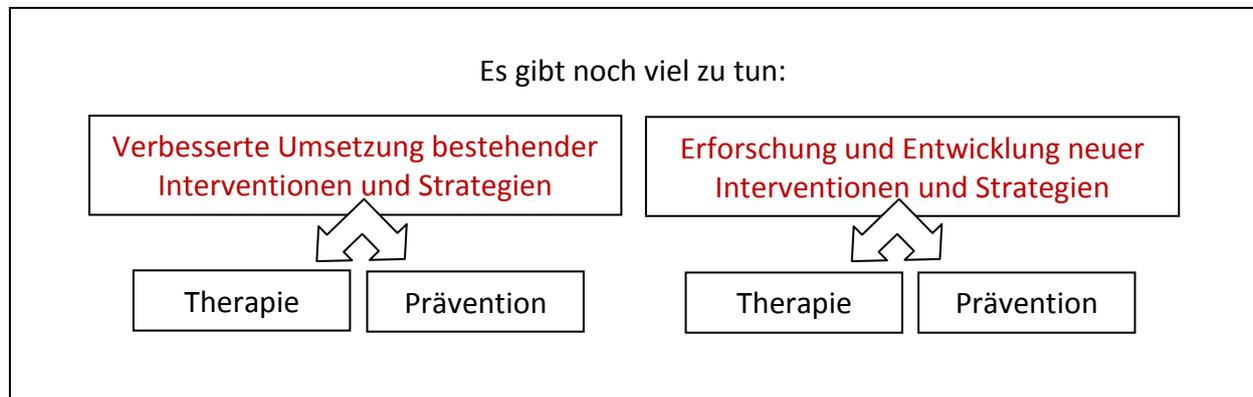
Vorreiter in Bezug auf HPV-Impfungen ist übrigens Australien, wie mehrfach auf dem Kongress erwähnt wurde. Mehr hierzu im nachfolgenden Artikel: „Australien und HPV – eine Erfolgsstory“

Vom Rahmenprogramm abgesehen, war jedoch der Eröffnungsvortrag von Dr. Anthony Fauci (Direktor des US-amerikanischen National Institute of Allergy and Infectious Diseases NIAID) das unumstrittene Highlight des Abends. Innerhalb weniger Minuten schaffte er es, einen sehr umfassenden Überblick über die Themen und noch zu bewältigenden Hürden in der HIV-Forschung und HIV-Prävention zu bieten. Der folgende Artikel möchte versuchen, diesen Überblick wieder zu geben.



Herausforderungen der Zukunft – „the Fauci challenge“

Mit einer Übersichtsfolie, welche im Prinzip nur folgende Überschriften beinhaltet, zeichnete Dr. Anthony Fauci im Eröffnungsvortrag des STI Kongresses ein umfassendes Bild über die aktuellen Aufgabenbereiche, bzw. noch notwendigen Bemühungen. Dementsprechend wurde seine Zusammenfassung spontan als die „Fauci challenge“, also frei übersetzt die „Herausforderungen nach Fauci“, tituliert.



Verbesserung bestehender Interventionen und Strategien – Therapie:

Der Zugang zu antiretroviraler Therapie muss weiterhin gesteigert werden. Laut Schätzungen der Weltgesundheitsbehörde WHO leben zurzeit 34 Millionen Menschen mit dem HI-Virus. Nach den aktuellen (neuen) Behandlungsrichtlinien der WHO sollten 26 Millionen Menschen eine HIV-Therapie erhalten. Tatsächlich therapiert werden aber im Moment nur 9,7 Millionen Menschen. Hier werden weiterhin massive Bemühungen auf allen Ebenen notwendig sein, um zumindest Teile diese Lücke zu schließen.

Erfreulicherweise haben vor kurzem 13 Länder aus Niedrig- und Mitteleinkommensländern den sogenannten „Tipping Point“ erreicht. Hinter diesem Schlagwort steht der Zeitpunkt, an dem mehr Menschen mit HIV/AIDS neu eine antiretrovirale Therapie erhalten, als gleichzeitig im Land Neuinfektionen registriert werden.

Verbesserung bestehender Interventionen und Strategien – Prävention:

Der Bereich der Prävention besteht heutzutage ja nicht nur aus den klassischen Ansätzen wie Aufklärung, Information und Kondomgebrauch, sondern beinhaltet mittlerweile vielschichtigen Strategien.

Treatment as prevention:

So ist „treatment as prevention“ ein Schlagwort, welches sich in den letzten Jahren etabliert hat und von der prinzipiellen Wirksamkeit her nicht mehr angezweifelt wird. Gemeint ist mit „treatment as prevention“ der direkte Zusammenhang der Viruslast (= Menge der HI-Viren in Körperflüssigkeiten einer HIV-positiven Personen) mit dem Übertragungsrisiko. Bei effizienter Therapie mit einer Viruslast unter der Nachweisgrenze (über längeren Zeitraum und keinen zusätzlichen sexuell übertragbaren Erkrankungen), kann eine Übertragung auf sexuellem Wege so gut wie ausgeschlossen werden. Auf diesem Gebiet wird in Zukunft ohne Frage noch einiges an weiteren Daten (z.B. können die Studienergebnisse von heterosexuellen diskordanten Paaren auf MSM übertragen werden) und Erfolgen zu erwarten sein. Ein schöner Überblick wurde ebenfalls in Form einer einzigen Folie geboten – mehr dazu im Artikel „Tretment as Prevention – diverse Aspekte“

PrEP:

Ein ebenfalls diskutiertes Konzept im Bereich der Prävention ist die sogenannte PrEP, die Präexpositionsprophylaxe. Eine PrEP ist die Einnahme von antiretroviralen Medikamenten von HIV-negativen Menschen als Schutz vor einer HIV-Infektion. Studiendaten sprechen für die Effektivität einer PrEP. Allerdings ist hier die Adhärenz, also die konsequente Einnahme der Medikamente, der ausschlaggebende Faktor. Bei Studien, die keine Wirkung einer PrEP zeigten, war diese Adhärenz eben nicht gegeben. Für mögliche Erfolge mittels PrEP muss daher die Einnahme gesichert werden können. Zusätzlich bestehen Diskussionen z.B. um mögliche Nebenwirkungen, die Kostenfrage oder wer wann eine PrEP empfohlen oder verschrieben bekommen sollte. Großflächige Zulassungen und Anwendungen einer PrEP gibt es bislang nicht

Zum Thema PrEP siehe auch die nachfolgenden Artikel „MSM, Syphilis und HIV – eine Studie in New York zeigt Risiko auf“ sowie „Verändertes Risikoverhalten bei einer PrEP“.

Beschneidung:

Viel diskutiert wird eine weitere Präventionsstrategie – die männliche Beschneidung. Studien haben eine deutliche Senkung des Infektionsrisikos für HIV-negative beschnittene Männer bei ungeschütztem Verkehr mit HIV-positiven Frauen gezeigt. Dennoch muss klar gestellt werden, dass es sich um keinen 100%-igen Schutz handelt. Verminderte Infektionszahlen in Zusammenhang mit Beschneidung sind daher nur auf Populationsebene zu sehen und nicht auf individueller Ebene. In Hochepidemie-Regionen sind daher Beschneidungsprogramme durchaus sinnvoll, in Regionen mit niedriger Prävalenz nicht. Und ganz unabhängig davon: selbstverständlich sollte die Beschneidung immer eine persönliche und eigenmächtige Entscheidung bleiben.

Mutter-Kind-Übertragung:

Massive Herausforderungen gibt es auch nachwievor in der Reduzierung der Mutter-Kind-Übertragung. Dank der heutigen medizinischen Möglichkeiten kann eine Infektion des Kindes fast gänzlich ausgeschlossen werden, sofern einige Maßnahmen getroffen werden können. Hierzu zählt die effektive Therapie der schwangeren Frau, um eine Übertragung während der Schwangerschaft und Geburt zu verhindern. Gleichfalls sollte das Neugeborene über einen gewissen Zeitraum antiretrovirale Medikamente erhalten. Und wichtig – das Kind sollte nicht von der HIV-positiven Mutter gestillt werden. Was in Ländern wie Österreich (zum Glück) nicht schwierig umzusetzen ist, ist in vielen Regionen der Welt eine große Herausforderung. Laut UNAIDS (Programm der Vereinten Nationen gegen HIV/AIDS) kommt es jährlich immer noch zu etwa 300.000 Mutter-Kind-Übertragungen. Für das deklarierte Ziel, diese Zahl auf null zu senken, müssen für die Frauen Testung, Beratung, Therapie und Alternativen zum Stillen gesichert sein. Im Jahr 2011 bekamen nur 57% der schwangeren HIV-positiven Frauen eine effektive Therapie. Der globale Plan der UNAIDS, bis 2015 Mutter-Kind-Infektionen zu eliminieren, dürfte angesichts dieser Zahlen nicht aufgehen.

Andere STDs:

Der Zusammenhang zwischen HIV und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen (STDs) ist unumstritten. Vorliegende STDs erhöhen das Risiko für HIV und umgekehrt. Bei Koinfektionen können die Erkrankungen gegenseitig Einfluss auf die Schwere und den Verlauf einer Infektion haben. Für die globale Eindämmung der HIV-Epidemie, dürfen daher weder HIV, noch andere STDs isoliert betrachtet werden. Einen sehr klares Bild dieses Zusammenhangs zeigte eine Studie: siehe nachfolgender Artikel „MSM, Syphilis und HIV – eine Studie in New York zeigt Risiko auf“.

Erforschung und Entwicklung neuer Interventionen und Strategien - Therapie

Unter diesem Aspekt wurden die Themen funktionelle Heilung und Eradikation zusammengefasst. Bei den bisherigen Erfolgen handelt es sich jedoch um Einzelfälle:

So spricht man vom „Berliner Patienten“, der als der erste von HIV geheilte Mensch gilt. Der Mann hatte sich auf Grund einer Leukämie einer Knochenmarkstransplantation unterziehen müssen. Durch einen großen Glücksfall fand sich ein Spender, dessen Stammzellen einen besonderen Gendefekt aufwiesen. Dieser Gendefekt bewirkt eine veränderte Oberfläche der CD4-Zellen, womit diese von den meisten HI-Viren nicht mehr infiziert werden können. Heute – mehrere Jahre nach der Transplantation – können nachwievor keine HI-Viren beim Berliner Patienten nachgewiesen werden. Ebenfalls in Zusammenhang mit einer Knochenmarkstransplantation stehen die „Bostoner Patienten“. Auch hier wurden bei zwei Männern nach der Transplantation keine HI-Viren mehr nachgewiesen, nachdem sie vor kurzem die HIV-Therapie absetzten. Allerdings sind diese Daten sehr jung, es bleibt abzuwarten, ob sich das Ergebnis längerfristig bestätigt. Die Fälle sind insofern interessant, als dass bei anderen Transplantations-PatientInnen kein Effekt beobachtet wurde.

Ein anderer Fall, der für Aufsehen gesorgt hatte, ist das „Mississippi-Baby“. Hier war es zu einer Infektion des Kindes gekommen, da die Mutter nicht über ihre HIV-Infektion informiert war. Gleich nach der Geburt wurde eine HIV-Therapie beim Baby begonnen. Nach einiger Zeit setzte die Mutter selbständig die Therapie ab und wurde erst Monate später mit ihrem Kind wieder in der Klinik vorstellig. Interessanterweise konnten nun keine HI-Viren beim Kind nachgewiesen werden. Anscheinend eigenständige Infektionskontrolle zeigten auch „die Franzosen“ in der VISCONTI-Studie. Bei einigen Personen hatte man die HIV-Infektion extrem kurz nach dem Infektionsereignis festgestellt und sofort mit einer HIV-Therapie begonnen. Jahre später wurde die Therapie abgesetzt und es zeigt sich hier, dass mittlerweile nach vielen Jahren ohne Therapie die Viruslast unter der Nachweisgrenze und die CD4-Zellzahl stabil bleiben.

Diese Beispiele geben guten Anlass zu Optimismus: sei es in Bezug auf „funktionelle Heilung“ (= eigenständige Kontrolle der Infektion durch das Immunsystem ohne Therapie) oder in Richtung Eradikation (= tatsächliches Entfernen der Viren aus dem Körper). Diverse spannende und innovative Ideen und Ansätze sind in Erforschung.

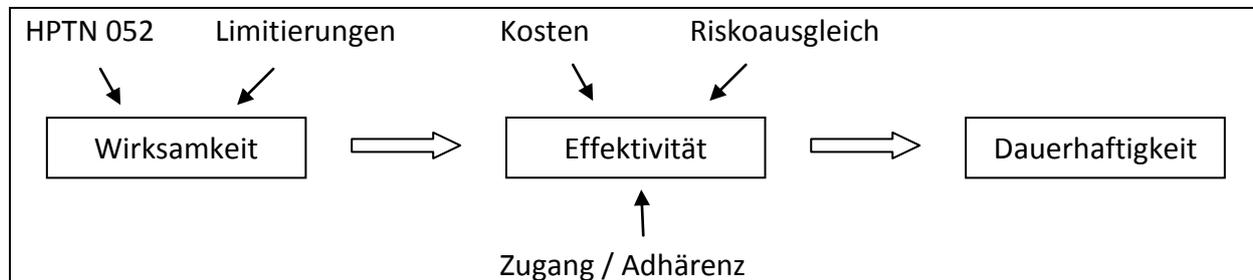
Erforschung und Entwicklung neuer Interventionen und Strategien - Prävention

Die beste Möglichkeit, die HIV-Epidemie zu kontrollieren, wäre eine prophylaktische Impfung gegen die Viren. Obwohl schon lange viel Forschung auf diesem Gebiet betrieben wird, konnten bislang keine durchschlagenden Erfolge verbucht werden. Ziel einer Impfung wäre es, das Immunsystem zu stimulieren, neutralisierende Antikörper zu produzieren. Durch die rasante Veränderungsgeschwindigkeit der HI-Viren, ist dies aber kaum möglich. So bilden zwar alle HIV-positiven Menschen Antikörper, aber diese sind meist gegen Bestandteile der Viren gerichtet, die sich verändern. Somit gelingt es dem Virus recht schnell, sogenannte Fluchtmutationen zu bilden. Die Antikörper der meisten HIV-positiven Menschen richten daher nur gegen den eigenen Virustypen, für die Entwicklung eines Impfstoffes für mehr Virustypen also nicht geeignet. Bei einigen wenigen Menschen mit HIV/AIDS finden sich jedoch auch hochpotente neutralisierende Breitbandantikörper. Diese Antikörper sind gegen Virusbestandteile gerichtet, die konserviert sind und kaum/keinen Veränderungen unterliegen. Weltweit wird nach solchen Antikörpern gesucht, aber noch ist es der Forschung nicht gelungen umsetzbare Impfstoffe zu entwickeln.



Treatment as prevention – diverse Aspekte

Der STI Kongress 2013 stellte sich als die Konferenz der Übersichtsfolien heraus. Auch in Bezug auf das Thema „treatment as prevention“ brachte ein einziges Bild die offenen / zu bedenkenden Aspekte auf den Punkt:



Wirksamkeit:

Hier hat die HPTN052 Studie eindeutige Ergebnisse gebracht. Ca. 1.800 heterosexuelle serodifferente Paare wurden in zwei Gruppen aufgeteilt: In Gruppe 1 begannen die HIV-positiven PartnerInnen sofort mit einer HIV-Therapie, in Gruppe 2 starteten sie mit der Therapie dann, wenn die CD4-Zellen auf 250/ μ l gesunken waren. Insgesamt kam es zu 28 Übertragungen innerhalb der Paare, davon 27 im Studienarm mit dem späteren Therapiebeginn. Erstmals wurde hier klar in einer großen Studie der Schutzeffekt einer HIV-Therapie für die HIV-negativen PartnerInnen belegt.

Allerdings sind die Ergebnisse limitiert. Können diese Daten auf MSM umgelegt werden? Wie sieht es mit intravenösen DrogengebraucherInnen aus? Und nachdem bekannt ist, dass ein Großteil der Infektionen zu einem Zeitpunkt erfolgt, wenn der/die HIV-positive SexualpartnerIn in der akuten HIV-Infektion ist (und meist noch gar nicht über die Infektion informiert sein kann), spielt dann „treatment as prevention“ für die Gesamt-Epidemiologie wirklich eine ausschlaggebende Rolle?

Effektivität:

Dieser Effekt der HIV-Therapie funktioniert natürlich nur, wenn die Therapie auch eingenommen wird. Die Adhärenz ist also der ausschlaggebende Faktor. Zum Erfolg müssen daher auch Adhärenz-Programme ausgebaut werden. Allerdings macht dies nur Sinn, wenn die grundlegende Verfügbarkeit der HIV-Therapie gewährleistet ist – was global gesehen noch ein weiter Weg sein wird. Dementsprechend stellt sich für den Erfolg von „treatment as prevention“ auch gleich die Kostenfrage.

Ein anderer Aspekt der Effektivität ist das Risikoverhalten. Unter dem Schlagwort „risk compensation“ (quasi Risikoausgleich) wird diskutiert, ob sich das Verhalten unter Therapie und mit dem Wissen um eine Risikomimimierung ändert. Hier scheint es unterschiedliche Ergebnisse zu geben. Klar ist - eine Steigerung des Risikoverhaltens könnte auch den Erfolg dieses Konzepts beeinflussen.

Dauerhaftigkeit:

Noch gibt es keine Langzeitdaten über Erfolg und Effekt von „treatment as prevention“. Diese werden stark von den sozialen Normen und der Realität außerhalb eines Studiensettings geprägt sein – etwa durch Diskriminierung und Stigmatisierung HIV-positiver Menschen oder durch fehlende Akzeptanz der HIV-Therapie.



Kondylome (auch Feigwarzen/Genitalwarzen) werden durch eine Infektion mit Humanen Papillom Viren (HPV) verursacht. Gegen vier bestimmte Virustypen (HPV 6, 11, 16 und 18) wirkt ein verfügbarer Impfstoff (daher „quadrivalenter“ Impfstoff), bekannt unter dem Handelsnamen Gardasil®. Etwa 90% der Kondylome sind auf die Virustypen HPV 6 oder 11 zurückzuführen, HPV 16 und 18 sind mit diversen Tumorerkrankungen assoziiert.

2007 wurde in Australien als eines der ersten Länder weltweit ein nationales Impfprogramm mit dem quadrivalenten HPV-Impfstoff eingeführt. Zunächst wurden kostenfreie HPV-Impfungen in Schulen für 12- bis 13-jährige Mädchen angeboten und dann das Programm auf 13- bis 26-jährige Frauen ausgeweitet. Und das Ergebnis einer Auswertung von über 85.700 Personen in australischen Gesundheitseinrichtungen ist eindeutig:

Ergebnisse Frauen:

Vor dem Impfprogramm stieg die Anzahl der Frauen mit einer Kondylom-Diagnose von 8,9% (2004) auf 9,6% im Jahr 2007 an. Nach Programmstart sank sie bis zum Jahr 2011 auf 2,7%.

Rechnet man diesen Abfall auf einzelne Altersgruppen herunter, so gab es bei den Frauen unter 30 Jahren eine Reduktion um 72,6%, bei Frauen unter 21 Jahren waren es sogar 92,6%. Oder anders berechnet: bei weniger als 1% aller Frauen unter 21 Jahren, die in einer Gesundheitseinrichtung vorstellig wurden, wurden im Jahr 2011 Kondylome diagnostiziert. Zum Vergleich: Im Jahr 2006 waren es 10,5% der Frauen gewesen.

Das die Erfolge bei jüngeren Frauen größer sind, hängt damit zusammen, dass in der Altersgruppe unter 21 Jahren die höchsten Durchimpfungsraten erzielt werden konnten, bei den 12- bis 17-Jährigen sind es ca. 70%.

Ergebnisse heterosexuelle Männer:

Obwohl das Impfprogramm bislang nur für Mädchen und Frauen ausgerichtet war, lässt sich gleichfalls ein Effekt bei heterosexuellen Männern sehen. Vor dem Impfprogramm wurde bei Männern eine relativ stabile Prävalenz beobachtet: im Jahr 2004 waren es 12,8% und im Jahr 2007 11,7%. Seit Beginn des Programms sank die Zahl allerdings auf 7,4%.

Die Reduktion bei den (vor allem jungen) heterosexuellen Männern erklärt sich als „positiver Nebeneffekt“ der Impfung der Mädchen, der dadurch sinkenden Prävalenz bei Frauen und dem damit verbundenen geringeren Expositionsrisiko für die Männer. Seit Anfang 2013 wurde das Programm auch auf Buben ausgeweitet.

Ergebnisse MSM:

In der Gruppe der MSM (Männer die Sex mit Männern haben) wurde eine leichte Reduktion von 9% im Jahr 2004 auf 6,4% im Jahr 2011 beobachtet. Hier handelt es sich jedoch nicht wie bei den heterosexuellen Männern um einen Nebeneffekt des Impfprogrammes für Frauen, da laut Befragung diese MSM keine weiblichen Sexualpartnerinnen hatten. Vielmehr erklärt sich die Reduktion folgendermaßen: die absolute Zahl der MSM, bei denen Kondylome diagnostiziert wurden, blieb stabil. Jedoch stieg die Gesamtanzahl der MSM, die in einer Gesundheitseinrichtung vorstellig wurden, an - somit sinkt der prozentuale Anteil. Dies spricht für eine erfolgreiche Anbindung von MSM an Gesundheitseinrichtungen.

Der Erfolg des Impfprogramms ist somit unumstritten und bestätigt die Initiative der australischen Regierung, ein Budget hierfür zur Verfügung zu stellen.



MSM, Syphilis und HIV – eine Studie in New York zeigt Risiko auf

Eine Studie, die auf dem STI Kongress 2013 präsentiert wurde, zeigte den Zusammenhang zwischen Syphilis und HIV bei MSM in New York / USA auf. Bekannt ist ja, dass eine vorliegende Syphilis das Risiko einer HIV-Infektion erhöhen kann.

Hier wurde nun versucht, das Risiko einer HIV-Infektion nach einer bereits durchlebten Syphilis zu bewerten, bzw. sichtbar zu machen.

Die Beobachtung umfasste 2.805 HIV-negative Männer, bei denen in den Jahren 2000 bis 2010 eine Syphilis diagnostiziert wurde. Nachfolgende Auswertungen zeigten, dass insgesamt 423 dieser Männer (=15,1%) im Laufe der kommenden Jahre positiv auf HIV getestet wurden. Im Durchschnitt betrug der Zeitabstand zwischen der Syphilisdiagnose und nachfolgender HIV-Diagnose etwas über 1,5 Jahre (582 Tage).

In Bezug auf das Risiko einer nachfolgenden HIV-Infektion zeigten sich durchaus Unterschiede in der Gruppe der Männer. In Bezug auf das Lebensalter war die Gruppe der Männer 50+ am wenigsten betroffen, am häufigsten hingegen die Männer im Alter von 13 bis 19 Jahren. Ebenfalls war das Risiko einer HIV-Infektion bei den Personen deutlich höher, bei denen zuvor eine sekundäre Syphilis diagnostiziert wurde (im Vergleich zu Patienten mit einer primären Syphilis). Auch andere STDs (sexuell übertragbare Erkrankungen) spielten für das nachfolgende Risiko eine Rolle. So wurde später häufiger eine HIV-Diagnose bei den Personen gestellt, bei denen zeitgleich mit der Syphilis auch eine andere bakterielle STD diagnostiziert wurde, wie z.B. eine Infektion mit Chlamydien oder eine Gonorrhö (Tripper).

Das höchste Risiko einer später folgenden HIV-Infektion war jedoch in der Gruppe der MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) zu sehen. Statistisch gesehen zeigte die Studie: einer von 20 MSM, die eine Syphilis-Diagnose erhalten, infiziert sich im Laufe der kommenden 12 Monate mit HIV.

Für die Studienleiterin haben diese Daten eine klare Aussage: allen HIV-negativen MSM, bei denen eine Syphilis diagnostiziert wird, sollte ein HIV-Test angeboten werden. Und es sollte in Erwägung gezogen werden, diesen Männern eine PrEP¹ anzubieten.

STI Congress 2013; Pathela et al; "Population-based HIV incidence among men diagnosed with infectious syphilis, 200-2011" 011.4

¹ PrEP: Die Präexpositionsprophylaxe (Kombinationstablette aus Tenofovir und Emtricitabin = Truvada®) wurde in den USA im Juli 2012 von der FDA, der US-amerikanischen Arzneimittelbehörde, zugelassen. Eine Zulassung in Europa besteht nicht.



Verändertes Risikoverhalten bei einer PrEP?

Dass eine PrEP unter optimalen Verhältnissen funktioniert und eine Schutzwirkung hat, wurde bereits mit Studien gezeigt (z.B. CAPRISA 004 / iPrex / TDF2 / Partners PrEP – siehe nachfolgender Artikel: Nachgefragt: PrEP Studien).

Eine häufig diskutierte Frage in diesem Zusammenhang ist, ob es bei Einnahme von Medikamenten als PrEP zu einem veränderten Verhalten kommt. Quasi, ob das Wissen über eine mögliche Schutzwirkung ein risikoreicheres Verhalten hervorruft, bzw. unterstützt.

Auf dem STI Kongress 2013 wurde eine spannende Analyse zu dieser Frage vorgestellt.

An der sogenannten „Partners PrEP“ Studie nahmen etwa 4.800 HIV-negative Frauen und Männer teil, die mit HIV-positiven LebenspartnerInnen leben (= sero-differente Paare). Aufgeteilt wurden die TeilnehmerInnen in drei Studiengruppen: Gruppe 1 erhielt Viread® (Tenofovir), Gruppe 2 bekam Truvada® (=Tenofovir+Emtricitabin) und Gruppe 3 erhielt ein Placebo. Die Tabletten sollten jeweils ein Mal täglich eingenommen werden. Nachdem klar war, dass es in der Placebogruppe zu wesentlich mehr Infektionen kam, als in den anderen beiden Gruppen, wurde der Placebo-Studienarm gestoppt. Die TeilnehmerInnen dieser Gruppe wurden über die Ergebnisse informiert und dann auf die beiden anderen Studienarme aufgeteilt.

Aus dieser (eigentlich ungeplanten) Situation ergab sich nun die Möglichkeit, eine sehr konkrete Beobachtung in Bezug auf das Risikoverhalten unter PrEP durchzuführen.

Die TeilnehmerInnen in der Placebogruppe hatten bereits (wie alle StudienteilnehmerInnen) Fragebögen ausgefüllt, in denen ihr Sexualverhalten dargestellt wurde. Durchschnittlich kam es hier 0,59 Mal pro Monat zu ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit dem/der HIV-positiven PartnerIn. Nach dem Stopp der Placebogruppe, bekamen sie nun eine PrEP und waren vor allem über den mittlerweile beobachteten Schutzeffekt der PrEP informiert.

Dies ist der entscheidende Unterschied zu vorher – es handelt sich um eine sogenannte „randomisierte blinde Studie“. Das bedeutet, die TeilnehmerInnen werden zum einen nach dem Zufallsprinzip in die Studienarme aufgeteilt (randomisiert) und erhalten auch keine Informationen über ihren Studienarm (blind). Alle TeilnehmerInnen werden dementsprechend gleichermaßen über Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten informiert und dazu angehalten, weiterhin geschützten Geschlechtsverkehr zu haben.

Ein Jahr nach dem Stopp des Placeboarms wurden wiederum die Fragebögen ausgewertet. Bei den TeilnehmerInnen, die von der Placebogruppe mit dem Wissen ob des Schutzeffektes der PrEP in die anderen Studienarme gewechselt hatten, ergab sich ein durchschnittlicher Wert von 0,53 ungeschützten Geschlechtsakten pro Monat mit den HIV-positiven LebenspartnerInnen – also kein signifikanter Unterschied zu vorher.

Gleichzeitig war keine Veränderung im Auftreten von anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen zu sehen. Auch die Schwangerschaftsrate veränderte sich nicht.

Diese Auswertung zeigte somit sehr deutlich, dass es trotz dem Wissen um einen Schutz der PrEP zu keinen Veränderungen im Sexualverhalten kam, bzw. ein risikoreiches Verhalten durch die PrEP nicht gesteigert wurde.

STI Congress 2013; Mugwanya et al; "Sexual behavior of heterosexual men and women receiving antiretroviral pre-exposure prophylaxis for HIV-prevention: post-unblinding analysis of the PARTNER PrEP study" 011.2



Nachgefragt: PrEP Studien – „die großen Vier“

Es gibt diverse Studien zur PrEP (Präexpositionsprophylaxe) - nicht alle mit Erfolg. Die Eckdaten der „großen Vier“, also der Studien die ob ihrer Ergebnisse durchaus für Aufmerksamkeit sorgten, sollen hier nochmals kurz zusammengefasst werden.

CAPRISA 004

Untersucht wurde ein Vaginalgel mit Tenofovir. Das Gel sollte jeweils 12 Stunden vor und nochmals innerhalb von 12 Stunden nach Vaginalverkehr angewendet werden. Ca. 900 HIV-negative Frauen in Südafrika wurden in zwei Gruppen aufgeteilt. Gruppe 1 erhielt das Tenofovir-Gel und Gruppe 2 ein Gel ohne Wirkstoff (Placebo).

Insgesamt kam es zu 98 HIV-Infektionen, davon 60 Infektionen in der Placebogruppe und 38 in der Gruppe mit Tenofovir-Gel. Im Durchschnitt wurde somit eine Reduktion des Infektionsrisikos um 39% bei Anwendung des Tenofovir-Gels berechnet. Bei TeilnehmerInnen mit höherer Adhärenz (häufigere Anwendung des Gels) wurde eine Reduktion um 54% beobachtet.

iPreX

Untersucht wurde Truvada® (=Kombinationstablette aus Tenofovir und Emtricitabin) zur täglichen Einnahme als PrEP. In die Studie aufgenommen waren ca. 2.500 HIV-negative MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) in Brasilien, Ecuador, Peru, Südafrika, Thailand und den USA. Es gab zwei Studienarme: Gruppe 1 erhielt Truvada® und Gruppe 2 ein Placebo.

Insgesamt kam es zu 131 HIV-Infektionen, davon 48 in der Truvada-Gruppe und 83 in der Placebogruppe. Das entspricht einer durchschnittlichen Risikoreduktion um 42%. Bei Teilnehmern mit hoher Adhärenz (= 90% aller Tabletten wurden eingenommen) sank die Raten der HIV-Infektionen um 73%. Nach Berechnungen der StudienleiterInnen, könnte eine 100%ige Adhärenz (=ausnahmslos alle Tabletten eingenommen) bis zu 95% der Infektionen verhindern.

Partners PrEP

Untersucht wurde der Effekt von Viread® (Tenofovir) und Truvada® (=Kombinationstablette aus Tenofovir und Emtricitabin) als PrEP. Die Medikamente sollten jeweils täglich eingenommen werden. In diese Studie wurden etwa 4.800 HIV-negative Frauen und Männer in Kenia und Uganda eingeschlossen, die in einer sero-differenten heterosexuellen Partnerschaft lebten. Aufgeteilt wurden sie in drei Studienarme: Gruppe 1 erhielt Viread®, Gruppe 2 bekam Truvada® und Gruppe 3 eine Tablette ohne Wirkstoff (Placebo).

Insgesamt wurden 82 HIV-Infektionen registriert, davon 17 im Viread-Arm, 13 im Truvada-Arm und 52 in der Placebogruppe. Berechnet wurde dementsprechend eine Reduktion der Infektionen im Viread-Arm um 67% und im Truvada-Arm um 75% im Vergleich zur Placebogruppe. Bei messbaren Medikamentenspiegeln im Blut durch hohe Adhärenz, wurde sogar eine Risikominimierung um 90% angegeben. Der Placeboarm wurde eingestellt.

TDF2

Verwendet wurde Truvada® (=Kombinationstablette aus Tenofovir und Emtricitabin) zur täglichen Einnahme als PrEP. Eingeschlossen waren ca. 1.200 HIV-negative Frauen und Männer in Botswana, die in einer sero-differenten heterosexuellen Partnerschaft lebten.

Sie wurden in zwei Gruppen aufgeteilt: Gruppe 1 erhielt Truvada® und Gruppe 2 ein Placebo. Insgesamt kam es zu 33 HIV-Infektionen, davon 9 in der Truvada-Gruppe und 24 in der Placebogruppe. Das entspricht einer Reduktion um 63%. Bei TeilnehmerInnen mit hoher Adhärenz wurden 78% der Infektionen verhindert.



Der Berliner Impfbeirat hat am 17.07.2013 eine Erweiterung der öffentlichen Impfempfehlung des Landes Berlin beschlossen, wonach sich Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), gegen Meningokokken-Erkrankungen impfen lassen sollten. Die Regelung wird voraussichtlich am 27. Juli 2013 in Kraft treten.

Anlass für die erweiterte Impfempfehlung ist eine Erkrankungshäufung unter MSM in Berlin. Von insgesamt 18 Meningokokken-Erkrankungen in Berlin im Jahr 2013 waren sieben durch die am gefährlichsten geltende Untergruppe C verursacht. Von letzteren sind drei Patienten verstorben und ein vierter ist dauerhaft schwer erkrankt. Diese vier Patienten gehören zur Gruppe der MSM.

Aktuelle Erkrankungsausbrüche unter MSM wurden auch schon aus New York und Paris beschrieben.

Meningokokken sind Bakterien, die im Nasen-Rachen-Raum des Menschen vorkommen und z. B. durch Küssen oder direktes Anhusten übertragen werden können. Circa 10 Prozent der Bevölkerung tragen diese Bakterien in sich ohne dabei zwangsläufig zu erkranken. Es wird davon ausgegangen, dass unter MSM circa 40 Prozent Träger der Bakterien sind und somit möglicherweise ein höheres Erkrankungsrisiko besteht. Eine Erkrankung ist sehr ernst zu nehmen, da sie mit schweren Komplikationen und bleibenden Schäden einhergehen kann. So kommt es bei zwei Dritteln der erkrankten Patientinnen und Patienten zu einer Hirnhautentzündung und bei einem Drittel zu einer lebensgefährlichen Blutvergiftung (Sepsis). In 10-20 % der Fälle kommt es zu bleibenden Schäden. Die Sterblichkeit ist bei einer Erkrankung an Meningokokken der Gruppe C mit bis zu 10 % sehr hoch.

Die einzige wirksame Möglichkeit der Prävention besteht in einer Impfung. Gemäß Empfehlung der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) sollen alle Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr eine einmalige Impfung gegen Meningokokken der Gruppe C erhalten. Bei Erwachsenen empfiehlt die STIKO eine Impfung für bestimmte Personen mit Immundefekten, wie z.B. HIV-Positive, oder auch für Reisende in bestimmte Länder. Für Männer, die Sex mit Männer haben, hat die STIKO bisher keine Impfempfehlung herausgegeben. Diese Lücke wird nun aus aktuellem Anlass durch die Impfempfehlung des Landes Berlin geschlossen.

Die Impfung sollte mit einem Impfstoff erfolgen, der eine Komponente gegen Meningokokken der Gruppe C enthält und für Erwachsene zugelassen ist.

Sie ist im Allgemeinen sehr gut verträglich.

Die Impfempfehlung ist vorläufig bis zum 31.01.2014 befristet und soll nach diesem Zeitraum zunächst auf ihre Wirksamkeit überprüft werden. Gleichzeitig setzt sich das Land Berlin dafür ein, dass die Fragen des Impfschutzes für MSM durch die STIKO einheitlich und somit auch für andere Bundesländer geklärt werden.

Pressemitteilung des Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales / Berlin, den 18.07.2013

Die Impfempfehlung wurde von der Stadt Berlin individuell entschieden. Für ganze Länder gilt sie nicht. Einen guten Übersichtsartikel finden Sie z.B. auch unter www.infect.ch, einen sehr ausführlichen Bericht unter www.hivreport.de



Inflammation of the foreskin
Reminds me of your smile
I've had balanital chancroids
For quite a little while
I gave my heart to NSU (Non-Specific Urethritis)
That lovely night in June
I ache for you, my darling,
And I hope you'll get well soon

My penile warts, your herpes,
My syphilitic sore,
Your monilia infection
How I miss you more and more
Your dobies itch my scum-pox
Ah, lovely gonorrhoea
At least we both were lying
When we said that we were clear

Our syphilitic kisses,
Sealed the secret of our tryst
You gave me scrotal pustules
With a quick flick of your wrist
Your trichovaginitis
Sent shivers down my spine
I got snail tracks in my anus
When your spirochetes met mine

Gonococcal urethritis - Streptococcal balanitis
Meningomyelitis - Diplococcal catholitis
Epididymitis - Interstitial keratitis
Syphilitic coronitis - And anterior ureitis

My clapped-out genitalia
Is not so bad for me
As the complete and utter failure
Every time I try to pee
My doctor says my buboes
Are the worst he's ever seen
My scrotum's painted orange
And my balls are turning green

My heart is very tender
Though my parts are awful raw
You might have been infected
But you never were a bore
I'm dying of your love, my love
I'm your spirochaetal clown
I've left my body to science
But I'm afraid they've turned it down

Gonococcal urethritis - Streptococcal balanitis
Meningomyelitis - Diplococcal catholitis
Epididymitis - Interstitial keratitis
Syphilitic coronitis - And anterior ureitis