

Neue EACS Leitlinien



Die Europäische Aids-Gesellschaft hat im Oktober die Leitlinien aktualisiert. Dabei folgt sie mehr denn je internationalen Trends. Hier die wichtigsten Neuerungen.

ART START

Wie fast alle anderen Leitlinien – (die deutschen Leitlinien ausgenommen) – sind jetzt Integrasehemmer (INSTI) bevorzugte dritte Substanz bei therapie-naiven Patienten. Die ART sollte aber „individuell“ angepasst werden, z.B. bei Resistenzen oder schlechter Adhärenz kann ein Proteasehemmer-basiertes Regime sinnvoll sein. Deshalb stehen geboostertes Darunavir und Rilpivirin als dritter Partner zwar hinter den Integrasehemmern Dolutegravir und Bictegravir, aber in der gleichen Tabelle. In die Riege der empfohlenen Firstline-Regime neu aufgenommen wurden die STR TAF/FTC/BIC und TAF/FTC/DRV/c sowie die neue Raltegravir-Formulierung RAL 1.200 mg OD. Die Fixkombination TAF/3TC/EVG/c wurde herabgestuft und ist jetzt nur noch „alternatives Regime“. Das 2DR-Regime Dolutegravir/3TC wurde neu in die Riege der Alternativen aufgenommen mit der Einschränkung einer Ausgangsviruslast von <500.000 Kopien/ml. Langzeitdaten zu Dolutegravir/Lamivudin fehlen noch.

TAF UND TDF

Die Anmerkungen zu TAF und TDF wurden weiter differenziert. Ob TAF oder TDF eingesetzt, hängt von „individuellen Faktoren und Verfügbarkeit“ ab. Es wird darauf hingewiesen, dass Langzeitdaten fehlen und dass das „short term risk“ von Nebenwirkungen und Knochenfrakturen bei TAF und TDF vergleichbar ist, wenn TAF in einem Regime ohne Booster eingesetzt wird. Bevorzugt werden sollte TAF bei Niereninsuffizienz, Osteoporose sowie Patien-

ten mit Risikofaktoren für diese Erkrankungen.

SWITCH

Die Gründe für einen Wechsel der ART sind gut bekannt und haben sich nicht geändert. Als „Klassen-sparende Regime“ werden Dolutegravir/Rilpivirin sowie 3TC + (DRV/r oder DRV/c) oder 3TC + (ATV/r oder ATV/c) aufgeführt mit dem kurzen Kommentar, dass unter diesen Regime in Studien ein virologisches Versagen nicht häufiger war als unter einer konventionellen Tripletherapie. Als einzige Monotherapie für besondere Einzelfälle, wenn eine duale Therapie nicht möglich ist, wird DRV/r genannt.

Empfohlene Regime zur Initialtherapie

INSTI+2NRTI

DTG/ABC/3TC^{1,2}

DTG²+TAF/F³ oder TDF/F³

BIC/TAF/F

RAL⁵+TAF/F³ oder TDF/F³

NNRT+2NRTI

RPV⁶+TAF/F³ oder TDF/F³

PI geboostert+2NRTI

DRV/r⁷ oder DRV/c⁷ +TAF/F³ oder TDF/F³

¹ Kontraindiziert wenn HLA-B*5701 positiv. Beratung zu HRS-Risiko auch bei HLA-B*5701 negativ. Vorsicht bei hohem kardiovaskulärem Risiko (>20%). Nur wenn HBsAg-negativ.

² Nicht bei Frauen, die schwanger werden wollen bzw. ohne Antikonzepktion.

³ TAF oder TDF individuelle Wahl. In Regimen ohne Booster haben TAF und TDF vergleichbare kurzfristige Wirkungen auf Niere und Knochen. Es gibt wenig Langzeitdaten zu TAF. TAF ist erste Wahl bei hohem Risiko für Nierenerkrankung, bei nephrotoxischen Medikamenten, früherer TDF Toxizität, Osteoporose und -Risiko. Wenn verfügbar können Kombinationen mit TAF gegen Kombinationen mit TDF-Generika ersetzt werden.

⁴ Nicht empfohlen in Schwangerschaft.

⁵ RAL 1.200 mg OD nicht empfohlen in Schwangerschaft.

⁶ Nur wenn CD4-Zahl >200/µl bzw. VL <100.000 Kopien/ml.

⁷ Einzelne Studie zeigt erhöhtes kardiovaskuläres Risiko bei kumulativen Gebrauch von DRV.

VIROLOGISCHES VERSAGEN

Standard sind nach wie vor Adhärenzberatung und genotypischer Resistenztest. Und es gibt jetzt eine Alternative zur Kombination „voll aktiver geboosteter Proteasehemmer plus eine Substanz einer bisher nicht eingesetzten Klasse“, nämlich ein Dolutegravir-basiertes Regime plus 2 NRTI oder mindestens 1 NRTI, sofern INSTI und NRTI voll wirksam sind.

SCHWANGERSCHAFT

Entsprechend den neuen Daten wird empfohlen Dolutegravir bei Frauen, die schwanger werden wollen sowie im ersten Trimester, nicht einzusetzen. Wegen fehlender Daten gibt es auch Vorbehalte gegen Bictegravir, Isentress 1.200 mg OD und TAF in der Schwangerschaft. Der bevorzugte Booster ist Ritonavir und Darunavir/c erreicht im zweiten und dritten Trimester nicht ausreichende Medikamentenspiegel.

AKUTE HEPATITIS C

Bei der akuten Hepatitis C dreht sich das Blatt zur frühestmöglichen Therapie. Bei Personen mit hohem Transmissionsrisiko sollte die akute Hepatitis C „wo es möglich ist“ bereits ab Diagnosestellung behandelt werden. Falls nicht möglich und der Abfall der HCV-RNA zu Woche 4 kleiner als $2 \log_{10}$ ist, wird eine „Kurzzeit DAA-Therapie“ oder der „Einschluss in eine Studie zur akuten Hepatitis“ empfohlen.

Dr. Ramona Pauli, München

Quelle: EACS Leitlinien 9.1 aktualisiert im Okt. 2018