

- Allgemeines
- Übertragung von Resistenzen – Anstieg mit erhöhter Therapieverfügbarkeit
- Übertragung von Resistenzen – Frühwarnsystem der WHO
- Periphere Neuropathie – neue Schmerztherapie dank Chilischote
- Periphere Neuropathie – Ethnie als Risikofaktor
- Serodekonversion – ein Wort der Zukunft?
- Hepatitis in Österreich – Impfkation April und Mai 2011
- Nachruf: Elizabeth Taylor
- Veranstaltungsankündigung

 **Allgemeines**

---

Liebe LeserInnen,

Wieder setzt sich ein internationaler Star für das Thema HIV/AIDS ein.

Mit März dieses Jahres startet der Verkauf eines speziellen Lippenstiftes und eines Lipgloss aus der Linie „Viva Glam“ in limitierter Auflage. Beworben werden die Kosmetika von Lady Gaga, eine der wohl zurzeit bekanntesten und erfolgreichsten Popstars.

100% des Verkaufspreises von „Viva Glam“ gehen an den MAC AIDS Fund. Der Fund wurde bereits 1994 gegründet und lukriert Gelder für HIV/AIDS Projekte mittels des Verkaufs von Kosmetika. Allein der Verkauf der Lippenstiftkollektion brachte bislang einen Erlös von 42 Millionen US-\$.  
Nähere Informationen zur aktuellen Kampagne und zum MAC AIDS Fund finden Sie unter [www.mucaidsfund.org](http://www.mucaidsfund.org)

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](mailto:leichsenring@aids.at)

Medieninhaber: Die AIDS-Hilfen Österreichs, c/o Aids Hilfe Wien, Mariahilfer Gürtel 4, 1060 Wien  
© Die AIDS-Hilfen Österreichs, 2011  
Text: Mag. Birgit Leichsenring



## „Übertragung von Resistenzen – Anstieg mit erhöhter Therapieverfügbarkeit“

Auf der diesjährigen CROI (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections) wurde eine Studie präsentiert, die den Zusammenhang zwischen steigender Therapieverfügbarkeit in Subsahara-Regionen mit der Rate an Resistenzübertragungen aufzeigt.

Resistenzen gegen HIV-Medikamente können auftreten, wenn diese nicht kontinuierlich eingenommen werden und damit die Konzentrationen der Wirkstoffe unzureichend sind. In diesem Fall haben Viren, die eine Resistenz entwickelt haben einen selektiven Vorteil und können sich besser vermehren. Langfristig gesehen können solche resistenten Viren die Therapieoptionen stark einschränken und die individuelle Prognose verschlechtern. Werden bei einem Infektionsereignis solche resistenten Viren übertragen, spricht man von einer primären Medikamentenresistenz, auch HIVDR für „primary HIV drug resistance“ oder auch TDR für „transmitted drug resistance“.

In der Studie wurde in sechs Ländern südlich der Sahara das Vorkommen von HIVDR bei etwa 2500 HIV-positiven Personen untersucht, die bis zu dem Zeitpunkt keine HIV-Medikamente eingenommen hatten. Insgesamt zeigte die Analyse, dass 5,7% aller therapienaiven TeilnehmerInnen eine Resistenz aufwiesen, wobei die Rate regional schwankte. In Pretoria/Südafrika hatten 1,1% eine HIVDR, in Kampala, der Hauptstadt Ugandas, wurde bei 12,3% und auch in anderen Regionen des Landes bei einem aus acht TeilnehmerInnen eine Resistenz festgestellt. Die Autoren definierten damit die Region als Risikofaktor für eine HIVDR und berechneten zusätzlich, dass das Risiko mit einem bereits gegen ein Medikament resistenten Virus infiziert zu werden, mit jedem Jahr verstärkter Therapieverfügbarkeit um 38% steigt. Die vergleichsweise hohe Prävalenz in Uganda erklärt sich somit, dass hier bereits sehr früh mit HIV-Therapie-Programmen gestartet wurde.

Auf den ersten kurzen Blick mag diese Aussage paradox erscheinen, da ja die Therapie die Virusvermehrung unterdrückt und daher mit steigender Therapieverfügbarkeit die Rate an resistenten Viren unterdrückt werden sollte. Doch der gegenteilige Effekt tritt ein, wenn zwar mehr Menschen eine HIV-Therapie erhalten, die Möglichkeiten einer optimalen Einnahme und damit der effizienten Virusunterdrückung nicht immer gegeben sind.

Vor allem in ressourcenarmen Regionen kommt es oft zu unregelmäßiger Therapie, sei es durch unzureichende Betreuung und Beratung, die Möglichkeit ein HIV-Zentrum regelmäßig aufzusuchen oder die durchgehende Verfügbarkeit an Medikamenten vor Ort. Es muss daher der Fokus nicht nur auf der weltweiten prinzipiellen Verfügbarkeit der HIV-Therapie liegen, sondern insbesondere auch auf nachhaltigen und langfristigen Rahmenbedingungen für eine kontinuierliche Therapieeinnahme der PatientInnen, eben auch um die mögliche Entstehung und Übertragung von Medikamentenresistenzen zu vermeiden.

Die WHO (Weltgesundheitsbehörde) hat eine Art globales „Frühwarnsystem“ für die Übertragung von Resistenzen erarbeitet und eine Auswertung wurde auf der CROI 2011 vorgestellt. Hier sind Bedingungen an HIV-Zentren, die eine schlechtere Adhärenz hervorrufen, definiert und Schwellenwerte bestimmt worden. Die einzelnen Regionen können anhand der Richtwerte abschätzen, ob ein Risiko besteht, dass es zu höheren Zahlen an Resistenzbildung und in Folge höheren Übertragungsraten von Resistenzen (HIVDR) kommt.

Als Richtwerte gelten:

- 100% der Ersttherapieregime werden nach den nationalen und internationalen Leitlinien verschrieben
- mehr als 70% der PatientInnen erreichen in einem Jahr eine Viruslast von unter 1.000 Kopien/ml
- über 70% der PatientInnen verbleiben im ersten Jahr auf der Ersttherapie
- über 90% der PatientInnen erhalten ihre Medikamente fristgerecht
- zu weniger als 20% der PatientInnen geht im Laufe der ersten 12 Monate der Kontakt verloren (lost to follow up)
- über 80% der PatientInnen nehmen regelmäßig Termine in der Klinik wahr
- zu 100% stehen die Medikamente durchgehend zur Verfügung

Werden diese Ziele nicht erreicht, ist mit einer erhöhten Übertragungsrate an Medikamentenresistenzen zu rechnen.

Eine Auswertung von 315 Kliniken in 11 afrikanischen Ländern zeigt, dass diese Kriterien alles andere als trivial sind. So erreichten z.B. nur 17% der Kliniken das Ziel, dass über 90% der PatientInnen ihre Medikamente auch fristgerecht erhalten. Und nur in 42% der Kliniken, standen die Medikamente jederzeit zur Verfügung.

Diese Zahlen zeigen, dass vor allem Investitionen in die Infrastruktur und Ressourcen der HIV-Zentren und somit in die Nachhaltigkeit der Therapien geleistet werden müssen. Und sie zeigen auf, dass schlechte Adhärenz nicht unbedingt ein fehlendes Bewusstsein der PatientInnen widerspiegelt, sondern vor allem in Niedrigeinkommensländern maßgeblich von den Rahmenbedingungen abhängt.



## **„Periphere Neuropathie - neue Schmerztherapie dank Chilischote“**

---

Eine Polyneuropathie ist eine Störung des peripheren Nervensystems und tritt bei Menschen mit HIV/AIDS recht häufig auf. In Folge der Störung der Nerven kann es unter anderem zu Schmerzen, Kribbeln oder Taubheitsgefühl in Armen und/oder Beinen kommen. Ursachen für eine Neuropathie gibt es unabhängig von einer HIV-Infektion und antiretroviraler Therapie unterschiedlichste, wie z.B. Diabetes, Autoimmunerkrankungen, andere Infektionen, Alkohol, Drogen oder einige weitere Medikamente. Behandelt wird eine Neuropathie (neben der Ursachenbekämpfung, wie z.B. die Behandlung eines Diabetes) mit Schmerzmitteln. Diese können je nach Stärke der Symptome von leichten Mitteln wie z.B. Ibuprofen bis hin zu starken Mitteln wie Morphin gehen.

Eine neue Schmerztherapie mit Hilfe eines natürlichen Wirkstoffs steht seit kurzen zur Verfügung und wurde auf der Münchner AIDS Werkstatt 2011 im Detail vorgestellt. Unter dem Handelsnamen Qutenza® ist seit kurzem der Wirkstoff Capsaicin in Form eines Pflasters erhältlich. Capsaicin ist ein scharfer Reizstoff, der aus Chilischoten bekannt ist. Wird er in konzentrierter Form auf die Haut aufgetragen, ziehen sich in der Region teilweise die Nervenenden für einen Zeitraum aus der obersten Hautschicht zurück und der Schmerzreiz ist somit reduziert. Der Effekt hält durchschnittlich 12 Wochen an.

Die Anwendung von Qutenza® ist allerdings nicht ganz einfach und kann nicht von PatientInnen selbständig durchgeführt werden. Nachdem die schmerzende Region definiert wurde, muss der Bereich lokal betäubt werden, da das Capsaicin zunächst einen sehr starken Brennschmerz auslöst, der auch nach der Anwendung ein bis zwei Tage anhalten kann. Dann wird das Pflaster auf die gereinigte Hautpartie aufgetragen und muss 60 Minuten einwirken, bevor es wieder entfernt wird. Die Fläche, auf der das Pflaster angewendet wird, ist begrenzt und darf eine bestimmte Größe nicht überschreiten. Nach dieser Prozedur wird jedoch eine wochenlange Schmerzlinderung erreicht und die Anwendung kann danach wiederholt werden.

Für lokal abzugrenzende Schmerzbereiche, bietet sich somit eine Therapiealternative.

*Münchner AIDS Werkstatt 2011*



## **„Periphere Neuropathie – Ethnie als Risikofaktor“**

---

Eine kürzlich vorgestellte Studie, kam zu einem weiteren interessanten Risikofaktor für periphere Neuropathien. Untersucht wurden HIV-PatientInnen in Australien, Indonesien, Malaysia, Südafrika und den USA. Es zeigte sich, dass die Ethnie einen unabhängigen Risikofaktor darstellt. So haben Menschen afroamerikanischer Herkunft im Vergleich zu weißen PatientInnen ein höheres Risiko, AsiatInnen im Vergleich ein geringeres Risiko, eine Neuropathie zu entwickeln. Da die TeilnehmerInnen aus unterschiedlichen Regionen kamen, kann dieses Risiko nicht mit den weltweit unterschiedlich auftretenden HIV-Subtypen erklärt werden. Die Ursache dieser unterschiedlichen Ergebnisse der Ethnien ist noch ungeklärt.

*Münchner AIDS Werkstatt 2011; [retroviruses.org](http://retroviruses.org) #416*



Für mediales Aufsehen sorgte ein vor kurzem vorgestelltes Konzept für Gentherapie. Mit Hilfe dieser Gentherapie wurden CD4-Zellen von HIV-PatientInnen im Labor so verändert, dass sie den Korezeptor CCR5 nicht mehr auf ihrer Oberfläche besitzen und damit nicht mehr von einem Großteil der HI-Viren infiziert werden können. (siehe med update Nr 02/2011 „Möglichkeiten einer Heilung: mit Gentherapie zu HIV-resistenten CD4-Zellen“). Dass die Idee, den Viren über das Ausschalten des CCR5-Rezeptors die Vermehrungsgrundlage zu nehmen, tatsächlich funktioniert, zeigte der spektakuläre Fall des sogenannten „Berliner Patienten“. Auf der Münchner AIDS Werkstatt 2011 wurde der Verlauf des Berliner Patienten nochmals zusammengefasst. Der HIV-positive Mann musste sich auf Grund einer Leukämie einer Knochenmarkstransplantation unterziehen. Bei dieser Prozedur werden durch Chemotherapie die körpereigenen Stammzellen (also auch die CD4-Vorläufer-Zellen) zerstört und anschließend durch das fremde Knochenmarkzellen eines Spenders wieder aufgebaut. Die MedizinerInnen konnten in diesem Fall einen Spender finden, der einen natürlichen Gendefekt für den CCR5-Rezeptor besitzt. In Folge fehlte der Rezeptor auch auf den CD4-Zellen des HIV-Patienten. Auch jetzt, vier Jahre nach der Transplantation, kann können keine Viren im Körper des Mannes nachgewiesen werden. Er gilt somit als der erste geheilte Mensch. (Leider ein Sonderfall, denn eine Knochenmarkstransplantation eine extrem belastende Prozedur und hat eine sehr hohe Sterblichkeitsrate. Sie stellt keinesfalls eine Möglichkeit zur „Standard-Heilung“ dar.) Da mittlerweile auch die Antikörper gegen die HI-Viren weniger werden, sprach eine der beteiligten Medizinerinnen von einer Serodekonversion. Sollte sich in Zukunft die Vision einer Heilungsmöglichkeit realisieren lassen, wird dies vielleicht ein neues und sehr positiv besetztes Wort.

*Münchner AIDS Werkstatt 2011; Allers et al; „Evidence for the cure of HIV infection by CCR5D32/D32 stem cell transplantation“; Blood 2011-117*



## **„Hepatitis in Österreich – Impfkampagne April und Mai 2011**

---

Im Verlauf der letzten Jahre ist ein Anstieg an Hepatitis B Neuinfektionen zu verzeichnen. Während vor 10 Jahren 210 Hepatitis B Fälle offiziell dokumentiert wurden, so waren es im Jahr 2010 bereits 695 Diagnosen. Schätzungen gehen von etwa 42.000 Menschen in Österreich aus, die mit dem Hepatitis B Virus infiziert sind. Hauptübertragungsweg hierbei ist sexueller Kontakt. Eine Infektion mit dem Virus kann zu einer chronischen Erkrankung führen und Leberzirrhose und sogar Leberkrebs zur Folge haben. Einen sicheren Schutz vor der Infektion und ihren möglichen Auswirkungen, bietet die erhältliche prophylaktische Impfung. Jedoch sind nur ca. 38% der ÖsterreicherInnen gegen Hepatitis B geimpft.

Auf Grund der steigenden Diagnosezahlen soll nun ein Schwerpunkt auf die Impfung gesetzt und die Bevölkerung dazu motiviert werden, sich gegen Hepatitis A und Hepatitis B impfen zu lassen (gegen eine Hepatitis C gibt es keine vorbeugende Impfung).

Im Zeitraum vom 1. April bis zum 31. Mai 2011 liegen daher in Apotheken und Arztpraxen Gutscheine auf, mit denen der Impfstoff zu einem Aktionspreis erworben werden kann.

*[www.apa-defacto.at](http://www.apa-defacto.at)*



## **„Nachruf: Elizabeth Taylor“**

---

Am 23. März 2011 verstarb eine der größten Diven Hollywoods im Alter von 79 Jahren: Liz Taylor. Sie war nicht nur für ihr schauspielerisches Talent, die Präsenz in vielen Filmen und besonders viele Eheschließungen bekannt, sondern vor allem für ihr soziales Engagement. Seit Beginn der HIV-Epidemie setzte sie sich mit unermüdlichem Engagement für HIV/AIDS Projekte und gegen die Diskriminierung von Menschen mit HIV/AIDS ein. Im Oktober 1991 gründete sie ihre Stiftung ETAF – „Elizabeth Taylor AIDS Foundation“, die deren Hilfe bislang 12 Millionen US\$ in weltweit Hilfsprojekte investiert werden konnten.

Im Kampf gegen HIV/AIDS und die Diskriminierung von HIV-positiven Menschen, wird ihr langjähriger und enormer Einsatz fehlen. Doch ganz in Taylors Sinne dürfte der Aufruf der Familie sein, ihre Arbeit auch nach ihrem Tod zu ehren und für ihre AIDS Foundation zu spenden.

*[www.elizabethtayloraidsfoundation.org](http://www.elizabethtayloraidsfoundation.org)*



Aids Hilfe Wien, HIVmobil, Positiver Dialog, PULSHIV laden ein:

**Info-Abend:**

**„HIV und das Nervensystem“**

Wie ist das menschliche Nervensystem aufgebaut? Welche Erkrankungen können in Zusammenhang mit HIV auftreten? Wie können sie erkannt und behandelt werden? Eine Neurologin und ein HIV-Behandler erzählen aus der Praxis und geben Antworten auf Ihre Fragen.

Datum        **Mittwoch, 06. April 2011**  
Zeit         18.30 bis 20.30 Uhr  
Ort           Kapellenraum im Albert Schweitzer Haus  
               Schwarzspanierstr. 13, 1090 Wien

Eintritt frei