# Und anderswo …?

## HIV-Prophylaxe: endlich ein Resultat?

**Fragestellung**
Durch eine antiretrovirale Prophylaxe soll die Ausbreitung der HIV-Infektion deutlich verringert werden. Studien am Menschen (Prävention der Mutter-Kind-Übertragung, Tenofovir-Vaginalgel) und an Primaten lieferten bereits ermutigende Ergebnisse. Ist diese Präexpositionsprophylaxe bei heterosexuellen, serodiskordanten Paaren durchführbar und wirksam?

**Methode**
Die Studie, die in Uganda und Kenia stattfand, wurde an heterosexuellen Paaren durchgeführt, von denen ein Partner infiziert war und der andere nicht. Der (die) HIV-positive Partner(in) erhielt keine Behandlung, da er (sie) nicht die geltenden Behandlungskriterien erfüllte. 1584 seronegative Partner und Partnerinnen erhielten täglich ein Plazebo, 1584 erhielten 300 mg Tenofovir und 1579 200 mg einer Kombination aus Tenofovir und Emtricitabin. Primärer Endpunkt waren HIV-Neuinfektionen in einem mittleren Studienzeitraum von 23 Monaten. Die Paare erhielten ausserdem Informationen über die Erkrankung und Präservative.

**Resultate**
62% der HIV-negativen Personen waren Männer. Während der Studie traten 82 Neuinfektionen auf: 17 in der Tenofovir-, 13 in der Tenofovir-Emtricitabin- und 52 in der Plazebogruppe. Dies entspricht einer relativen Risikoreduktion von 62 bzw. 75% gegenüber Plazebo (p <0,001, kein Unterschied zwischen der Tenofovir- und der Tenofovir-Emtricitabingruppe). Es bestanden keine Wirksamkeitsunterschiede der Prophylaxe zwischen Männern und Frauen. Die Therapieadhärenz betrug >90%.

**Probleme und Kommentar**
Die Studie beweist unzweifelhaft, dass bei heterosexuellen Paaren mit einem infizierten Partner durch die tägliche Einnahme von Tenofovir oder Tenofovir/Emtricitabin ein zwar nicht perfekter, aber zumindest bemerkenswerter Schutz des HIV-negativen Partners erzielt werden kann. Das Hauptproblem könnten Resistenzen gegen Tenofovir oder Tenofovir/Emtricitabin darstellen. Von acht Personen, die, «versehentlich» auf die Tenofovir- bzw. Tenofovir-Emtricitabin-Gruppe randomisiert, nachträglich getestet und zu Studienbeginn als HIV-positiv diagnostiziert wurden, wiesen zwei Resistenzen gegen Tenofovir und Tenofovir/Emtricitabin auf. Ferner scheint die Therapieadhärenz eine *conditio sine qua non* des Behandlungserfolgs zu sein. In derselben Ausgabe des NEJM (S. 411) war eine Studie zur Präexpositionsprophylaxe bei afrikanischen Frauen ein Misserfolg, die Therapieadhärenz betrug dort jedoch weniger als 40%. Und schliesslich sind die Kosten zwischen 6000 und 14000 Dollar pro Jahr mit Sicherheit ein grosses Hindernis, wenn das Unternehmen, das die Tenofovir-Emtricitabin-Kombination (Gilead,Truvada®) herstellt, nicht dem internationalen Druck nachgibt, seine Preise zu senken.

New Engl J Med. 2012;367:399. / AdT

**Gewichtszunahme und Raucherstopp: endlich Zahlen!** In dieser Metaanalyse wurden 62 Studien analysiert. Bei Personen ohne spezielle Behandlung, die mit dem Rauchen aufhörten, betrug die durchschnittliche Gewichtszunahme nach einjähriger Abstinenz 4–5 kg. Die Variationsbreite war jedoch sehr gross: 16% der Tabakabstinenten verloren an Gewicht und 13% nahmen 10 kg zu. Auch bei den Patienten mit medikamentöser Unterstützung waren die Zahlen gleich. 16% ehemalige Raucher, die sogar abnehmen: eine ziemlich gute Nachricht!
BMJ. 2012;345:e4439. / AdT

**Lokalisiertes Prostatakarzinom: was tun?** 731 Patienten mit einem lokalisierten Prostatakarzinom und einem mittleren PSA-Wert von 7,8 ng/ml wurden auf eine radikale Prostatektomie oder eine abwartende Haltung randomisiert. Nach zwölf Jahren lag die absolute Mortalitätsdifferenz jeglicher Ursache bei unter 3%. Selbst die prostatakrebsspezifische Mortalität blieb unbeeinflusst. In der OP-Gruppe betrug jedoch die Rate der erektilen Dysfunktion 88% vs. 44% (p <0,001) und die der Inkontinenz 17% vs. 6,3% (p <0,001). Für einige Patienten mit sehr aggressiven Karzinomen war der Eingriff jedoch wahrscheinlich von Vorteil. Nun gilt es nur noch, diese Patienten zuverlässig aufzuspüren.
New Engl J Med. 2012;367:203. / AdT

**rt-PA-Behandlung bei Schlaganfall: Nutzen?** Eine Metaanalyse an über 7000 Patienten kam zu dem Schluss, dass eine Fibrinolyse mit rt-PA die Unabhängigkeitsrate der Schlaganfallpatienten geringfügig bis signifikant erhöht. Dieser Vorteil bestand auch noch bei einer Behandlung, die sechs Stunden nach Symptombeginn durchgeführt wurde (aber: je schneller, desto besser), und sogar bei >80-Jährigen. Die erhöhte Zahl früher Todesfälle (innerhalb von 7 Tagen nach dem Schlaganfall) der behandelten Patienten war auf intrakranielle Blutungen zurückzuführen (9% vs. 6,4%). Besser wäre es jedoch, frühzeitig zu reagieren, und die arterielle Hypertonie zu behandeln!
Lancet. 2012;379:2364. / AdT

**Subklinische Hyperthyreose und Sterblichkeit: Zusammenhang.** Für diese Studie wurden zehn Kohorten mit mehr als 52000 Patienten analysiert. 4,2% davon litten an einer subklinischen Hyperthyreose (sHT): TSH <0,45 mI/U/l und normales T4. Die alters- und geschlechtsbereinigte Gesamtmortalität war bei den Patienten mit sHT um das 1,24-Fache und die kardiovaskuläre Mortalität um das 1,29-Fache erhöht. Eine wenigstens einmalige TSH-Bestimmung wäre demnach sinnvoll.
Arch Intern Med. 2012;172:799. / AdT

Autor in dieser Ausgabe: Antoine de Torrenté (AdT)