

Leserbriefe

Muss jeder HIV-Patient unabhängig der CD4-Zellzahl behandelt werden?

Leserbrief zu: Calmy A, Tarr P, Furrer HJ, Fehr J. Initiation précoce de la thérapie antirétrovirale chez tous les individus séropositifs pour le VIH. *Swiss Med Forum.* 2016;16(22):464–5.

Die Autoren geben in ihrem Artikel [1] einen Überblick über die neuesten Guidelines der Behandlung von HIV-Erkrankten, welche suggerieren, dass alle Personen mit einer HIV-Erkrankung von einer Behandlung profitieren, unabhängig von der CD4-Zellzahl. Zudem gehen sie davon aus, dass die Behandlung aller HIV-positiven die Epidemie bremsen könnte. Grundsätzlich lässt sich dieses Konzept jedoch durchaus hinterfragen, insbesondere können die aufgeführten Studien nicht immer den Beweis erbringen, welche die Autoren aufführen. Die erste Studie einer frühen Behandlung (<350 vs. 200 CD4-Zellen/ μ l) konnten einen klaren Überlebensvorteil zeigen [2].

Erstaunlich sind dabei jedoch die Todesursachen. Von den 23 Patienten in der Placebogruppe starben 7 an einer Gastroenteritis, 5 an einer Tuberkulose, weitere an Mord (2), Tumor (1), Kardiomyopathie (1), Cholangitis mit Sepsis (1), Stroke (1) und Suizid (1). In der Behandlungsgruppe waren nur 6 Todesfälle zu verzeichnen. Diese betrafen Verbrennungen (1), Gastroenteritis (1), Myokardinfarkt (1), Lungenembolie (1), Stroke (1) und Gastrointestinale Blutung (1).

Was bedeutet das jetzt für die Schweizer HIV-Bevölkerung? Für diejenigen ohne Migrationshintergrund ist eine Tuberkulose oder das Versterben an einer Gastroenteritis in der Schweiz sehr ungewöhnlich. 2014 gab es in der Schweiz 6 Todesfälle aufgrund einer Tuberkulose: drei bei 64 bis 84- und drei bei über 85-jährigen [3]. Suizid und Mord lässt sich mit einer ART kaum vermeiden, Kardiomyopathie und Stroke allenfalls theoretisch. Somit bleiben in beiden Gruppen 4 Todesfälle, also lässt sich fragen, ob eine ähnliche Studie bei Schweizer HIV-Patienten ebenfalls eine erhöhte Sterblichkeit hätte zeigen können.

Es ist bekannt, dass eine antiretrovirale Therapie dazu führt, dass eine sexuelle Übertragung auch ohne Kondome verhindert werden kann [4]. Die von den Autoren aufgeführte Studie, welche besagt, dass eine frühe Therapie grundsätzlich zu weniger Übertragungen führt, wird allerdings erstaunlich unkritisch interpretiert [5]. Zwar gab es eine Reduktion von 96% der Übertragungen, allerdings ist diese Zahl mit Vorsicht zu geniessen. Die absolute Reduktion war von 0,9 auf 0,1 in 100

Personen Jahren. Zudem traten 82% der Transmissionen in Afrika auf, und 73% der *linked transmissions* in zwei Zentren in Malawi. Diese zwei Zentren hatten zudem eine 5 bis 10 mal höhere Transmissionsrate als alle anderen Zentren. Etwas überspitzt lässt sich deshalb sagen, dass eine frühe Therapie zur Verhinderung einer HIV-Übertragung in Malawi etwas nützt, im Rest der Welt ist die Empfehlung für geschützten Verkehr gleichwertig und wesentlich billiger. Etwas euphorisch ist auch die Hypothese, dass eine frühe Therapie die HIV-Epidemie stoppen könnte. Die treibende Kraft der Epidemie sind weniger die diagnostizierten aber nicht behandelten Patienten, sondern Personen, die sich ihrer Erkrankung nicht bewusst sind. Studien, welche eine Regredienz der Neuinfektionen aufgrund der antiretroviralen Therapie postulieren, lassen zum Teil einige epidemiologische Parameter, zum Beispiel die deutliche Regredienz des intravenösen Drogenkonsums im Vergleich zu den 1980 und 1990er Jahren, ausser Acht [6].

Die Start-Studie konnte zwar eine über 50%ige Reduktion von Events zeigen, absolut gesehen war es jedoch eine Verminderung von 4,1 auf 1,8% [7]. Wenn man die Tuberkulose nicht mitrechnet, ergibt sich eine Reduktion von 3,2 auf 1,5%. Mit andern Worten, wenn wir 100 Personen über drei Jahre behandeln, profitieren 96 nicht, weil sie sowieso kein Event erleben würden, zwei profitieren nicht, weil trotz Therapie ein Event auftritt, und nur zwei haben einen gewissen Benefit. Und dies ohne einen Einfluss auf die Mortalität. In Bezug auf die Medikamentenkosten heisst das, wir müssen 50 Patienten über 3 Jahre behandeln, um einen Event zu verhindern. Mit anderen Worten $3 \times 50 \times 15000$, das bedeutet 2,25 Mio Schweizer Franken für die Verhinderung eines Events ohne Einfluss auf die Mortalität.

Fazit

In grosse HIV-Studien werden zunehmend Patienten aus tiefen und mittleren Einkommensländern eingeschlossen. Das ist wichtig und begrüssenswert. Leider werden die Resultate zum Teil gleichermassen auf Länder mit einem hoch entwickelten Gesundheitssystem übertragen. Eine individuelle Beurteilung und allenfalls ein Zuwarten mit der antiretroviralen Therapie ist in der Schweiz durchaus noch gerechtfertigt.

Dr. med. Rein Jan Piso

Dr. med. Rein Jan Piso

LA Infektiologie

Medizinische Klinik, Kantonsspital Olten

CH-4600 Olten

jan.piso[at]spital.so.ch

Literatur

- 1 Calmy A, Tarr P, Furrer HJ, Fehr J. Initiation précoce de la thérapie antirétrovirale chez tous les individus séropositifs pour le VIH. *Swiss Med Forum.* 2016;16(22):464–5.
- 2 Severe P, Juste MA, Ambroise A, Eliacin L, Marchand C, Apollon S, et al. Early versus standard antiretroviral therapy for HIV-infected adults in Haiti. *N Engl J Med.* 2010;363(3):257–65.
- 3 Sterblichkeit, Todesursachen-Daten, Indikatoren, Todesfälle: Anzahl, Entwicklung und Ursachen (http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html#parsys_6732).
- 4 Vernazza P, Hirschel B, Bernasconi E, Flepp M. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des Médecins Suisses.* 2008;89(5):165–9.
- 5 Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* 2011;365(6):493–505.
- 6 Montaner JS, Lima VD, Barrios R, Yip B, Wood E, Kerr T, et al. Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnoses in British Columbia, Canada: a population-based study. *Lancet.* 2010;376(9740):532–9.
- 7 INSIGHT START Study Group, Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, Emery S, Grund B, et al. Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. *N Engl J Med.* 2015;373(9):795–807.