

## Zusammenfassung

Die ausführlichen **Leitlinien zur antiretroviralen Therapie der HIV-Infektion** finden Sie unter:

<http://www.daignet.de/site-content/hiv-therapie/leitlinien-1>



**Diese Datei kann auch in Auszügen für medizinische Fort- und Weiterbildungszwecke genutzt werden, so lange Inhalt und Design unverändert bleiben und der Bezug zur aktuellen Leitlinienversion dargestellt wird. Eine darüber hinausgehende wirtschaftliche Nutzung bedarf der Zustimmung der Autoren.**

## Abstufung der Empfehlung zum Therapiebeginn

Einstufung	Erklärung
Soll erfolgen	Therapie eindeutig indiziert
Sollte erfolgen	Therapie indiziert, Abwarten vertretbar
Kann erfolgen	Therapie vertretbar
Soll nicht erfolgen	Therapie nicht indiziert

## Abstufung der Empfehlung zur Auswahl der Substanzen

Einstufung	Erklärung
Empfohlen	Bevorzugte Substanz bzw. Kombination
Alternative	Kann gegeben werden, für manche Patienten die bevorzugte Wahl
Nicht empfohlen	Begründete Einzelfälle, prinzipiell vertretbar
Nicht angezeigt	Soll nicht gegeben werden

## Empfehlung 9: Wann soll eine zeitnahe ART begonnen werden?

Die ART soll grundsätzlich so *rasch*<sup>1</sup> wie möglich eingeleitet werden.

Diese Empfehlung betrifft insbesondere Patient\*innen mit erhöhten Risiken:

- **Symptomatische HIV-Infektion**
  - **Klinische Kategorie CDC-B und –C der chronischen HIV-Infektion**
  - **Akutes Retrovirales Syndrom** (entsprechend einer Teilgruppe der klinischen Kategorie CDC-A: Symptomatische Patienten mit akuter HIV-Infektion während oder kurz nach der Serokonversion)
- **HIV-Infizierte mit einer Beeinträchtigung der T-Zell-Immunität (Labor-Kategorien CDC-2 und CDC-3), auch wenn diese asymptomatisch sind**
- **Asymptomatische und immunkompetente Patient\*innen, wenn individuelle Begleiterkrankungen oder andere Gründe gegen eine Verzögerung der ART sprechen.**

Dazu zählen insbesondere

- **HIV-assoziierte Nephropathie [HIVAN]**
- **HIV-assoziiertes neurokognitives Defizit [HAND]**
- **Hepatitis B Koinfektion**
- **Chronische Hepatitis C Koinfektion**
- **Lebensalter > 50 J.**
- **Systemische Immunsuppression oder zytostatische Chemotherapie oder Bestrahlung im Rahmen von onkologischen oder autoimmunen Erkrankungen oder nach Transplantation**
- **Schwangerschaft** (vertikale Transmissionsprophylaxe)
- **Gründe für eine horizontale Transmissionsprophylaxe („Treatment as Prevention / TasP“)**

[Konsensstärke: Starker Konsens]

<sup>1</sup>binnen weniger Tage bis Wochen. An geeigneten Zentren sind Konzepte etabliert, mit denen die Einleitung einer ART bereits am Tag der Diagnosestellung sichergestellt werden kann.

## Empfehlung 12: Welche Kombinationen werden für die Initialtherapie empfohlen?

Für die Primärtherapie werden empfohlen:

<b>Eintablettenregime</b>	
Integraseinhibitor-basiert	BIC/TAF/FTC DTG/ABC/3TC DTG/3TC EVG/c/TAF/FTC
NNRTI-basiert	DOR/TDF/3TC RPV/TAF/FTC <i>oder</i> RPV/TDF/FTC <sup>2</sup>
PI-basiert	DRV/c/TAF/FTC
<b>Mehrtablettenregime</b>	
Integraseinhibitor-basiert	DTG + TAF/FTC <i>oder</i> DTG + TDF/FTC RAL <sup>3</sup> + ABC/3TC <sup>4</sup> <i>oder</i> RAL + TAF/FTC <i>oder</i> RAL + TDF/FTC
NNRTI-basiert	DOR + TDF/FTC <i>oder</i> DOR + TAF/FTC <i>oder</i> DOR + ABC/3TC
PI-basiert	DRV/r + ABC/3TC <i>oder</i> DRV/r + TAF/FTC

Alle o.g. Regime mit Ausnahme von RAL-basierten Regimen mit 2x 400mg/d werden einmal täglich eingenommen.  
Die Reihenfolge der Regime in der Tabelle stellt keine Priorisierung dar.

**[Konsensstärke: Starker Konsens]**

<sup>2</sup> Geringeres Ansprechen des Regimes bei Ausgangs-Plasmavirämie über 100.000 Kopien/ml

<sup>3</sup> 2 Tabletten à 600 mg einmal täglich *oder* 2 x 1 Tabletten à 400 mg

<sup>4</sup> Für ABC/3TC wurde in randomisierten Studien in Kombination mit EFV bei einer Ausgangs-Plasmavirämie >100.000 Kopien/ml ein geringeres Ansprechen gefunden.