

GSK3640254, haben jedoch das Potenzial, für eine weitere klinische Prüfung infrage zu kommen [22, 23]. MI unterbrechen den finalen Schritt in der Prozessierung, das heißt der Spaltung des HIV-1-Gag-Polypeptids, und führen zur Ausbildung nichtinfektöser, unreifer HI-Virionen.

Letztlich gibt es auch neue Therapieprinzipien, die bekannte Mechanismen ausnutzen. Hier sind die LEGINs zu nennen, die auf dem bereits sehr erfolgreich angewendeten Prinzip der Hemmung der Interaktion der viralen Integrase und einem zellulären Kofaktor LEDGF/p75 beruhen, und anders als die INSTIs zu einer allosterischen Hemmung der Integration führen [24].

Forschung zur Heilung beziehungsweise Remission

Zu erwähnen bleibt noch, dass auch in der Forschung zur Heilung beziehungsweise Remission der HIV-Infektion weitere Medikamente mit zum Beispiel immunbasierten Ansätzen untersucht werden, die primär nicht die Virussuppression, sondern die Reduktion der zellulären HIV-Reservoirs zum Ziel haben. Nach der Behandlung mit einem Tolllike-Rezeptor-7(TLR7)-Agonisten (Vesatolimod) in Kombination mit einem bnAb (PGT121) hatten fünf von elf Makaken keinen Virusrebound innerhalb von 196 Tagen im Vergleich zu keinem von elf Makaken im Kontrollarm und nur ein bzw. zwei nach Behandlung mit den Einzelsubstanzen [25]. Mittlerweile laufen auch erste Studien mit Vesatolimod bei HIV-Patienten.

Fazit

- Die Therapie der HIV-Infektion muss lebenslang erfolgen. Die meisten Patienten können mit zwei oder drei antiviral wirksamen Medikamenten erfolgreich behandelt werden. Obwohl ein Therapieversagen seltener geworden ist, bleibt die Entwicklung neuer antiretroviral wirksamer Substanzen mit neuen Wirkmechanismen weiterhin enorm wichtig. Diverse Substanzen befinden sich aktuell in der Pipeline.
- Insbesondere von Patientenseite gilt ein großes Interesse der Neuentwicklung von Darreichungsformen jenseits der täglichen Tabletteneinnahme.

- Es existieren bereits vielfältige Ansätze mit zum Teil neuen, zum Teil aber auch bereits in anderer Form eingesetzten Medikamenten. Als neue Darreichungsformen werden zunächst intramuskuläre, später voraussichtlich auch subkutane Injektionen oder transdermale Implantate erwartet, mit Applikationsintervallen von Wochen bis Monaten.
- Eine jeweils weitere Herausforderung wird die Suche nach einem geeigneten antiviralen Kombinationspartner mit ähnlichen Intervallen der Verabreichung sein.

Literatur

als Zusatzmaterial unter springermedizin.de/hautnah-dermatologie

Dr. phil. (HTA) Eva Wolf, M.P.H.
MUC Research GmbH
MVZ Karlsplatz
HIV Schwerpunktpraxis München
Karlsplatz 8
80335 München
E-Mail: ewo@mucresearch.de

Dr. med. Sebastian Noe
MVZ Karlsplatz
HIV Schwerpunktpraxis München
Karlsplatz 8
80335 München
E-Mail: sno@jajaprx.de

Erratum

Erratum zu: Kutanes Plattenepithelkarzinom: leitliniengerechte Behandlungsoptionen

Dr. med. univ. Birgit Burda, Prof. Dr. med. Erwin Schultz

Erratum zu: *hautnah dermatologie* 2020; 36 (4): 42

In Ausgabe 4/2020 S. 42 wurde in Abb. 1 (Therapiemodalitäten des kutanen Plattenepithelkarzinoms; modifiziert nach [Stratigos AJ et al. European interdisciplinary guideline on invasive squamous cell carcinoma of the skin: Part 2. Treatment. *Eur J Cancer*. 2020; 128: 83–102]) die Aufteilung ausgehend vom Primärtumor in Hoch- und Niedrigrisiko-Plattenepithelkarzinom (PEK) vertauscht.

Der Sicherheitsabstand der Exzision beim Niedrigrisiko-PEK beträgt 4 mm, beim Hochrisiko-PEK 6–9 mm.

Die Redaktion

Die Online-Version des Originalartikels ist unter <https://doi.org/10.1007/s15012-020-4070-9> zu finden