

*Herpes genitalis***Immunstimulation reduziert Rezidivrate**

Herpes genitalis wird in den meisten Fällen durch das Herpes-simplex-Virus 2 (HSV-2) ausgelöst. Seit einigen Jahren kommen immer häufiger auch Infektionen mit dem HSV-1 vor (eigentlich verantwortlich für Herpes labialis).^{1,2} Trotz einer virostatischen Therapie mit z. B. Aciclovir, Valaciclovir oder Famciclovir kommt es häufig zu Rezidiven. Eine Immunstimulationstherapie mit Inosin/Dimepranol-4-acetamidobenzoat (delimmun®) kann die Rezidivhäufigkeit reduzieren und den Rezidiv-Verlauf mildern.

Herpes genitalis ist an seinen typischen Bläschen und Erosionen im Genitalbereich in der Regel leicht zu erkennen. Das klinische Bild reicht von der asymptomatischen Virusausscheidung über brennende Schmerzen und fiebrige Vulvitis bis hin zur Enzephalopathie. Eine schmerzhaft Inguinallymphknotenschwellung kann das Krankheitsbild begleiten. Für die Schwere und Dauer der Erkrankung sind die Menge des übertragenen Virus, die Eintrittspforte und der Immunstatus des Betroffenen die relevanten Faktoren.

Immunstatus beeinflusst Verlauf

Die durchschnittliche Prävalenz beträgt in den USA 17%, in Europa variiert diese je nach Studie zwischen 7 und 31%.^{3,4} Während der initialen aktiven Infektion gelangt das Virus über sensorische Nerven in das Hinterwurzelganglion und persistiert dort auch nach der Abheilung. Bei einer Reaktivierung kommt es zum Rezidiv – ein häufiges Ereignis, bei dem das Virus anterograd durch das Axon wandert und erneut periphere Symptome auslöst. Etwa 90%

der Patienten erleiden nach einer Erstinfektion innerhalb der folgenden zwölf Monate ein Rezidiv. 1/5 der Rezidivpatienten haben mehr als zehn Rezidive im ersten Jahr.^{5,6,7} Generell rezidiert der HSV Typ 2 häufiger als der Typ 1.

Besonders rezidivfreudig: HSV-2

Für die Betroffenen entsteht, auch in einer wiederholten Rezidivsituation, oftmals ein hoher Leidensdruck. Neben sichtbaren Hauteffloreszenzen können die Patientinnen durch Schmerzen im Alltag deutlich eingeschränkt sein. Um das Wiederausbrechen der latenten Infektion und damit das Auftreten von Rezidiven zu verhindern, wird häufig eine kontinuierliche antivirale Therapie durchgeführt. Wird diese Behandlung allerdings wieder beendet, kommt die Erkrankung signifikant schneller und langandauernder als zuvor zurück.⁸

Inosin/Dimepranol-4-acetamidobenzoat (IAD) ist ein immunmodulatorischer Wirkstoff, der antivirale Eigenschaften vermittelt. Er unterstützt das Immunsystem durch Modulation der T-Zellen-Proliferation, der T-Zell-Funktion, der Natürliche-Killerzellen-Aktivität und der Phagozytose. Es wurde gezeigt, dass IAD bei einer täglichen 3g-Dosis an fünf Tagen pro Woche nach drei Wochen den Zytokinspiegel erhöhte (IFN- γ , IL-10, TNF α).⁹ Klinisch konnte IAD in einer doppelblinden plazebokontrollierten Studie die Genitalherpes-Rückfallrate deutlich verringern.¹⁰ Ebenso wurden die Virusausscheidung und die allgemeine Schwere der Erkrankung positiv beeinflusst. Darüber hinaus ist die epi-

Indikationen delimmun®

- Herpes-simplex-Virusinfektion
- subakut sklerosierende Panenzephalitis (SSPE)
- Virusinfektionen bei immunsupprimierten Patienten (Herpes-simplex-, Varizella-Zoster-, Masern-, Zytomegalie- und Epstein-Barr-Virusinfektion)

sodische Therapie mit IAD gut untersucht: Ebenfalls doppelblind und plazebokontrolliert konnte ein Vorteil der kontinuierlichen versus einer episodischen Therapie dokumentiert werden.¹¹

Kontinuierliche Therapie im Vorteil

delimmun® steht in einer Dosierung von 120,25 mg/379,75 mg pro Tbl. zur Verfügung (Inosin/Dimepranol-4-acetamidobenzoat, arzneilich wirksam insgesamt 500 mg). Bei der HSV-Infektion werden 50 mg/kgKG pro Tag eingenommen (ein 60 kg schwerer Patient erhält 6 Tabletten über den Tag verteilt). Die Behandlung sollte bis zum Abklingen der Symptome fortgeführt werden. Einen normalen Verlauf vorausgesetzt dauert das i. d. R. fünf bis acht Tage. In schweren Fällen kann auch bis zu 15 Tage therapiert werden. Bei Harn-/Nierensteinleiden müssen der Harnsäurespiegel im Urin und Serum sowie die Nierenfunktion regelmäßig kontrolliert werden.

Literatur

- [1] Lafferty WE et al., *J Infect Dis* 2000; 181: 1454-7; [2] Nilsen A et al., *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 693-6; [3] Xu F et al., *JAMA* 2006; 296: 964-73; [4] Smith JS et al., *J Infect Dis* 2002; 186(Suppl 1): S3-28; [5] Benedetti J et al., *Ann Intern Med* 1994; 121: 847-54; [6] Mark K et al., *J Infect Dis* 2008; 198: 1141-9; [7] Wald A et al., *N Engl J Med* 2000; 342: 844-50; [8] Douglas JM et al., *N Engl J Med* 1984; 310: 1551-6; [9] Petrova M et al., *J Interferon Cytokine Res* 2010; 30(4): 223-8; [10] Miller RD, *Presentation St. Mary's Hospital, London, 1984*; [11] Byrne MA et al., *Curr Ther Res Clin Exp* 1988; 43(4): 681-8

Impressum

Herausgeber: GfI. Corporate Media

V. i. S. d. P.: Michael Himmelstoß

Redaktion: GfI. Ges. f. medizinische Information mbH, München

Berichterstattung: Dr. med. Christian Bruer

Layout: vm-grafik, München

Druck: Vogel Druck, Höchberg

© 2015 GfI

Mit freundlicher Unterstützung der Kora Healthcare.

Weitere Infos unter www.korahealthcare.com.

Sicherheit

- Inosin/Dimepranol-4-acetamidobenzoat wird seit fast 40 Jahren eingesetzt (Zulassung in Europa erstmals 1979).
- Seit 1971 wurden weltweit ca. 1,45 Milliarden Tabletten verschrieben.
- Seit 1971 wurden ca. 1500 unerwünschte Wirkungen bei der nachfolgenden Überwachung berichtet.