

Opportunistische Infektion	Primärprophylaxe	Therapie	Sekundärprophylaxe / Erhaltungstherapie
<i>Herpes simplex</i>	keine	Valaciclovir 2x500-1000mg/d po x 5-10d oder Famciclovir 3x250mg/d po x 5-10d	Frühbehandlung des Rezidivs Bei häufigen Rezidiven Dauersuppression mit Valaciclovir 500mg/d oder Famciclovir 2x250mg/d
Herpes zoster	keine	Valaciclovir 3x1000mg/d po x 7-(14)d oder Famciclovir 3x500mg/d po x 7-(14)d  Bei disseminiertem oder ausgeprägtem Trigeminiusbefall Aciclovir iv. 3x10mg/kg/d x14d	Keine
Zytomegalieretinitis	keine	Valganciclovir 2x900mg/d po x14-21d oder Ganciclovir 2x5mg/kg/d iv x 14 -21d oder Foscarnet 2x90mg/kg/d iv x 14 -21d oder Cidofovir 5mg/kg/Wo i.v. x 14-21d mit Probenecid und guter Hydrierung (vgl. Produktinformation)	Valganciclovir 1x 900mg/d po  Absetzen der Erhaltungstherapie bei anhaltendem Anstieg (3-6 Monate) der CD4-Zellen >150/ul unter antiretroviraler Therapie nach Rücksprache mit Augenarzt
Salmonellose bakteriämisch	keine	Ciprofloxazin 2x750mg/d po für 14 d oder gemäss Resistenztestung	Nach Rezidiv: Ciprofloxazin 2x500mg/d po oder Ofloxazin 2x200mg/d po oder falls sensibel Cotrimoxazol forte* 2/d po
Tuberkulose	Bei positiver Tuberkulinreaktion: INH 300mg/d (+ Vit B6) x 9 Monate oder Rifampicin 600mg ** + Pyrazinamid 20mg/kg/d x 2 Monate	Rifampicin 10(8-12)mg/kg/d, ~600mg/d po ** + INH (+Vit. B6) 5(4-6)mg/kg/d, ~ 300mg/d po + Pyrazinamid 25(20-30)mg/kg/d po + Ethambutol 15(15-20)mg/kg/d po  x 2 Monate (bei voll empfindlichem Erreger), dann Rifampicin** + INH po x 4 Monate	Nach erfolgreicher Behandlung keine Suppressionstherapie nötig
<i>Mycobacterium avium</i>	Bei CD4-Zellen <50/µl Azithromycin 1200mg/Woche  Absetzen der Primärprophylaxe bei anhaltendem Anstieg (3-6 Monate) der CD4-Zellen >50-100 /ul unter antiretroviraler Therapie	Clarithromycin 2x500mg/d po + Ethambutol 15mg/kg/d po + Rifabutin 300mg/d po	Clarithromycin 2x500mg/d po + Ethambutol 15mg/kg/d po  Üblicherweise Absetzen der Erhaltungstherapie bei anhaltendem Anstieg der CD4 Zellen auf >200/µl
Orale Candidiasis (Soorstomatitis)	keine	Fluconazol 150-200mg po Einmaldosis	Keine: Frühbehandlung des Rezidivs In seltenen Fällen Fluconazol 200mg/Woche
Oesophageale Candidiasis (Soorösophagitis)	keine	Fluconazol 400mg po einmalig oder Fluconazol 200mg po über 5 d	Keine: Frühbehandlung des Rezidivs In seltenen Fällen Fluconazol 200mg/Woche po

Opportunistische Infektion	Primärprophylaxe	Therapie	Sekundärprophylaxe / Erhaltungstherapie
Kryptokokkose	keine	Therapiedauer 8-10 Wochen Amphotericin B 1mg/kg/d iv plus Flucytosin (100 mg/kg/d) bis klinische Besserung (ca. 2 Wo), dann Umstellung auf Fluconazol 400mg/d po	Fluconazol 200-400mg/d po  Üblicherweise Absetzen der Erhaltungstherapie bei anhaltendem Anstieg der CD4-Zellen > 200/µl
<i>Pneumocystis carinii</i> Pneumonie	Cotrimoxazol forte* po 3/Woche oder Cotrimoxazol simplex* po 1/d oder Dapsone 50-100mg mg/d po*** oder Pentamidin 300mg/Monat per inhalationem mit Respigard II® oder Fisoneb®*** oder Dapsone 200mg/Woche po + Pyrimethamin 75mg/Woche po ev. plus Folin <u>s</u> äure (Leucovorin®) 15mg/Woche po  Absetzen der Primärprophylaxe bei anhaltendem Anstieg (3-6 Monate) der CD4-Zellen >200/ul unter antiretroviraler Therapie	Cotrimoxazol forte* 2 Tbl. 3-4x/d po x 3 Wochen oder Clindamycin 3x450mgd po + Primaquin 15-30mg/d po x 3 Wochen oder Dapsone 100mg/d po + Trimethoprim 3 x 400mg/d po x 3 Wochen  Bei respiratorischer Partialinsuffizienz Beginn mit zusätzlich Prednison 2 x 40mg/d po und Ausschleichen nach 5 d. Bei schlechtem AZ intravenöse Behandlung mit Cotrimoxazol (Trimethoprim 15mg/d in 3-4 Dosen).	Cotrimoxazol forte* po 3/Woche oder Cotrimoxazol simplex* po 1/d oder Dapsone 50-100mg mg/d po*** oder Pentamidin 300mg/Monat per inhalationem mit Respigard II® oder Fisoneb®*** oder Dapsone 200mg/Woche po + Pyrimethamin 75mg/Woche ev. plus Leucovorin 15mg/Woche po  Absetzen der Erhaltungstherapie bei anhaltendem Anstieg (3-6 Monate) der CD4-Zellen >200/ul unter antiretroviraler Therapie
Zerebrale Toxoplasmose	Cotrimoxazol forte* po 3/Woche oder Cotrimoxazol simplex* po 1/d oder Dapsone 200mg/Woche + Pyrimethamin 75mg/Woche po ev. plus Leucovorin 15mg/Woche oder Dapsone 50mg/d po + Pyrimethamin 75mg/Woche po ev. plus plus Folin <u>s</u> äure (Leucovorin®) 15mg/Woche  Absetzen der Primärprophylaxe bei anhaltendem Anstieg (3-6 Monate) der CD4-Zellen >200/ul unter antiretroviraler Therapie	Pyrimethamin (200mg am ersten d, dann 50-75mg/d) po x 6 Wochen + Sulfadiazin 4-6g/d po x 6 Wochen + Folin <u>s</u> äure 15mg/d po x 6 Wochen  oder  Pyrimethamin (200mg am ersten d, dann 50-75mg/d) po x 6 Wochen + Clindamycin 3x450-600mg/d po x 6 Wochen + Folin <u>s</u> äure 15mg/d po x 6 Wochen	Pyrimethamin 25(-50)mg/d po + Sulfadiazin 3x1-1.5g/d po + Folin <u>s</u> äure (Leucovorin®) 7,5mg/d po oder Pyrimethamin 25(-50)mg/d po + Clindamycin 3x 450 + Folin <u>s</u> äure (Leucovorin®) 7,5mg/d***  Üblicherweise Absetzen der Erhaltungstherapie bei anhaltendem Anstieg der CD4-Zellen > 200/µl

\* Cotrimoxazol simplex: Trimethoprim 80mg/Sulfamethoxazol 400mg; Cotrimoxazol forte: Trimethoprim 160mg/Sulfamethoxazol 800mg

\*\* Cave Interaktionen via CYP P450-System; falls gleichzeitige antiretrovirale Therapie notwendig: Rifampicin idR kontraindiziert, Ersatz durch reduzierte Dosis Rifabutin, Rücksprache mit Zentrum empfohlen

\*\*\* Nur falls IgG Antikörper gegen *Toxoplasma gondii* negativ

\*\*\*\* Zusätzlich PcP-Prophylaxe notwendig