

HIV-SPRIDNING MINSKADE I FLERA AFRIKANSKA LÄNDER

I flera länder i Afrika kan man se en topp för HIV-prevalensen 1991–92 och sedan en minskning. Det framkom vid den nionde internationella konferensen om HIV i Afrika. Huruvida minskningen är en kumulativ effekt eller avspeglar ett cykliskt förlopp är osäkert då man under 1994 i vissa länder åter sett en ökning. Flera rapporter visade att HIV minskat bland unga män, men inte bland unga kvinnor.

Man räknar med att det år 2000 skall finnas 35 miljoner HIV-smittade i världen. Hälften av de idag cirka 20 miljoner HIV-infekterade finns i Afrika, och mer än fem miljoner kvinnor är HIV-smittade. I många tätbefolkade områden där är upp till 25 procent av kvinnorna i de sexuellt aktiva åldrarna HIV-infekterade. Det är sex gånger fler unga kvinnor i åldersgruppen 15–25 år som är HIV-infekterade än män i samma åldersgrupp. Stora geografiska olikheter av HIV-prevalensen mellan skilda områden i Afrika föreligger.

Den vartannat är återkommande afrikanska konferensen om aids och STD (sexually transmitted diseases) hölls i december 1995 i Kampala, Uganda. Uganda är ett av de länder i Afrika som är hårdast drabbat av HIV- och aidsepidemin. Man visade en stor öppenhet och ärlighet inför den allvarliga HIV/aids-situationen och det fanns en stor medvetenhet om spridnings- och smittvägar för HIV och aids. Testning uppmuntras och ett nätverk av serviceor-

Författare

BRITH CHRISTENSON

överläkare, docent, biträdande smittskyddsläkare

PER LUNDBERGH

chefsöverläkare, docent, smittskyddsläkare; båda vid Karolinska sjukhuset, Stockholm.

ganisationer för testning och rådgivning är uppbyggt i olika delar av Uganda.

Epidemin tycks ha nått mättnad i flera länder

Flera epidemiologiska undersökningar redovisades från Uganda och från andra afrikanska länder. Några områden har fortfarande relativt låg frekvens HIV-smittade medan i andra områden upp till 30 procent av de gravida kvinnorna har befunnits HIV-infekterade. Från Botswana rapporterades att HIV-prevalensen stigit från några få procent 1991 till 30 procent på två år. Däremot föreföll det som om HIV-epidemin nått en mättnad under 1991–92 i Burundi, Kongo, Malawi, Rwanda, Tanzania, Uganda, Zaire, Zambia och Elfenbenskusten. Man hade därefter observerat en minskning av ökningstakten, som emellertid återigen efter 1994 på vissa ställen ökat.

Många epidemiologiska studier från Uganda och andra afrikanska länder rapporterades. Olika demografiska strata liksom den åldersrelaterade seroprevalensen redovisades från undersökningar i olika populationer.

Från Kampala rapporterades om den åldersspecifika seroprevalensen mot HIV i en randomiserad studie av mer än 1 000 kvinnor som 1993 sökt mödrarådgivning. Totala seroprevalensen var 20,5 procent och den högsta åldersspecifika seroprevalensen var 28,5 procent i åldersintervallet 20–22 år. En jämförelse med 1994 visade på 10 procents minskning av HIV-prevalensen. Man visste inte om detta skulle tolkas så, att de förebyggande åtgärder som vidtagits haft effekt, att epidemin kulminerat eller att den har ett cykliskt förlopp. Något samband mellan kvinnornas sociala situation och HIV-prevalensen upptäcktes inte. Giftna kvinnor var i lika hög grad smittade som ogiftna. Flera undersökningar visade på samband mellan andra STD-infektioner och HIV.

Från Kabarole, ett område i västra Uganda, redovisades en rapport (AHD Kilian och medarbetare) omfattande närmare 5 000 gravida kvinnor. Undersökningen jämförde den demografiska och åldersrelaterade HIV-prevalensen 1991 och 1994. Den totala HIV-preva-

lensen var 22 procent för kvinnor i stad jämfört med 15,5 och 7 procent för kvinnor i tätort respektive landsbygd. Under perioden var den totala HIV-prevalensen oförändrad i stadsbygd, ökade i tätorter och sjönk i rena landsbygdsområden. Den minskade i den yngsta åldersgruppen, <20 år, och detta var mest uttalat i stadsområden. Med stigande ålder ökade HIV-prevalensen i alla tre typerna av områden. Slutsatsen var att man nått ut till de yngsta kvinnorna i stadsområdena, men inte till kvinnor i tätorter dit även handelsknutpunkter räknades. En annan undersökning från ugandiska landsbygden (JF Kengeya-Kayondo och medarbetare), som pågått sedan 1989, av årligen mer än 3 000 personer äldre än 13 år visade att HIV-prevalensen i stort sett (8,2–7,6 procent), liksom incidensen, varit oförändrad under åren. En minskning sågs för de yngsta männen, medan HIV-incidensen för kvinnorna i samma ålder i stort sett var oförändrad. HIV orsakade mer än av alla dödsfall under perioden.

Unga kvinnor mer drabbade än unga män

Ytterligare en undersökning från landsbygden i sydvästra Uganda presenterades (J Nabaita och medarbetare) omfattande 2 108 personer som HIV-testats och intervjuats avseende medvetenhet och bedömning av risken att smittas med HIV. I åldersgruppen 13–24 år var HIV-prevalensen 5 procent hos männen och 10 procent hos kvinnorna. Den högsta HIV-prevalensen, 25 procent, rapporterades för kvinnor i åldersgruppen 25–34 år, för männen i motsvarande åldersgrupp låg den på 20 procent.

Medvetenheten om HIV var stor och mer än 50 procent av deltagarna i undersökningen ansåg sig själva vara utsatta för risk. Av kvinnorna ansåg 55 procent att de var utsatta för smittrisk av sin partner och av männen var motsvarande siffra 20 procent, medan 20 procent av kvinnorna och 35 procent av männen ansåg att de själva kunde utgöra en smittrisk. Anmärkningsvärt var att de giftna, både män och kvinnor, ansåg sig vara utsatta för större risk att smittas av sin partner än de ogiftna. Av dem som inte

ansåg sig utsatta för risk att smittas levde majoriteten i sexuell avhållsamhet. Kondomanvändningen var låg, 2,8 procent, i denna undersökning liksom i andra undersökningar som presenterades.

I Kamerun hade 349 personer från närbelägna byar intervjuats och genomgått provtagning för HIV och andra STD-infektioner i en randomiserad studie (Sam Abbenyi och medarbetare). Syfilisfrekvensen ökade med åldern från 10,8 procent från 15 till 19 år till 39,1 procent i åldersintervallet 35–44 år. Den åldersspecifika seroprevalensen för HIV var 5,4, 13,6 respektive 8,7 procent för åldrarna <20, 30–34 och 35–44 år. Detta var den högsta HIV-prevalens som hittats i Kamerun. Endast 3 procent använde kondom och mer än 50 procent hade aldrig haft kondom.

Prostituerade smittade i stor utsträckning

Många rapporter gällde prostituerade kvinnor, så kallade sexual workers, vilka inte passar in i de värderingar och begrepp som vi har angående prostituerade. Dessa kvinnor är ofta ensamstående eller fränskilda och arbetar som barflickor för liten lön, och de förväntas dryga ut sin inkomst genom sexuella kontakter. Oftast hade de en eller ett par regelbundna partner och ibland tillfälliga partner. Kondom används nästan aldrig i dessa förhållanden. En regelbunden partner vill inte använda kondom och kvinnorna accepterar detta då de är ekonomiskt beroende av männen. Männen är ofta gifta eller har en fast relation. Dessa kvinnors sexuella relationer skiljer sig inte mycket från andra ensamstående och fränskilda kvinnors.

Två rapporter från Zimbabwe omfattande tillsammans 256 prostituerade kvinnor i Harare visade att i bägge undersökningarna 90 procent av kvinnorna var HIV-infekterade. I Benin var 53 procent av 366 prostituerade kvinnor HIV-smittade. Från Kinshasa, där man under 1988 och 1994 undersökt 1 233 respektive 959 prostituerade kvinnor, var 35 procent av kvinnorna HIV-infekterade vid bägge tillfällena.

En rapport från Elfenbenskusten som omfattade 775 prostituerade kvinnor och deras fasta partner visade att 68 procent av kvinnorna var HIV-infekterade, 40 procent uppgav att de hade en fast partner. Trots uppmaning att ta med partner kom endast 8 procent av dessa för testning och uppföljning. Den serologiska överensstämmelsen mellan paret var stor, även i relation till hur länge man varit tillsammans.

Männen vill inte använda kondom

Flera undersökningar, både av gravida och av prostituerade kvinnor, tog upp

bruket av olika dehydranter för att torka ut vagina som en bidragande orsak till ökad risk för HIV-infektion. Från Zimbabwe kom olika rapporter som tog upp användandet av olika växter liksom tygbitar och papper för att dra ihop och torka ut slemhinnan, vilket kan leda till sprickor och sårbildning och ökad mottaglighet för HIV-infektion. Flera undersökningar visade att kondom sällan användes, ens av prostituerade eller vid tillfälliga sexuella kontakter. Kvinnorna rättade sig efter männen, som oftast inte ville använda kondom. Liksom tidigare visats fanns ett samband med andra STD-infektioner.

Femi Soyushi från Nigeria tog upp problemet med partneranmälan och partnerspårning när en make eller maka har befunnits HIV-positiv. Det är svårt att nå ut med information när hälsovården upptäcker att ena partnern är HIV-positiv (vanligtvis mannen) och makan behöver underrättas. Det framhölls att i så gott som alla fall vägrar mannen att informera hustrun. Som tidigare framkommit [1] är det kvinnorna som är de mest utsatta. Det rapporterades från flera studier att HIV-incidensen minskade för männen i de yngsta åldersgrupperna men inte för de unga kvinnorna.

De många STD-infektionerna förklarades delvis av att antibiotika användes på ett felaktigt sätt, då man många gånger självmedicinerar eftersom man inte har råd att söka läkare för utskrift av medicin. Man använder »fel» sort och slutar för tidigt vilket leder till resistensutveckling.

Stor medvetenhet

Medvetenheten och öppenheten om den allvarliga HIV/aids-situationen i Uganda och de andra afrikanska länderna var stor. Man var medveten om smittspridningen och att andra sexuellt överförda sjukdomar bidrog till spridningen, och på flera håll hade man lyckats begränsa och minska dessa sjukdomar.

Från flera afrikanska länder rapporterades en topp av HIV-prevalensen 1991–92 varefter en minskning hade iakttagits. Huruvida detta var en kumulativ effekt eller avspeglade ett cykliskt förlopp av HIV-epidemin rådde osäkerhet om då man under 1994 åter sett en ökning i vissa länder. En optimistisk tolkning var att information och förebyggande åtgärder haft effekt. Flera rapporter visade en minskning av HIV-incidensen hos män i de yngsta åldersgrupperna medan ingen motsvarande minskning hos kvinnor hade iakttagits. Detta förklarades med att de unga flickorna söker sig till äldre män som har något ekonomiskt att erbjuda och att männen söker sig till unga flickor då det är mindre risk att dessa är HIV-smittade. Detta speglar kvinnornas utsatthet och

beroende av männen. Kvinnor har inte sex för nöjes skull utan för att klara ekonomin och i äktenskapet för kravet att reproducera sig, som en kvinna i kongressen uttryckte det.

Litteratur

1. Christenson B, Lundbergh P. HIV sprids snabbt i Afrika. Läkartidningen 1994; 91: 2255-6.