

Trippelterapi minskar överföring av HIV från mor till barn

Antiviral behandling med tre preparat, trippelbehandling, till gravida och ammande HIV-positiva kvinnor minskar risken för att barnet ska smittas med HIV. Det visar en studie i *Lancet Infectious Diseases*.

Studien har gjorts vid fem centra i Kenya, Sydafrika och Burkina Faso och omfattar 805 HIV-positiva gravida kvinnor som vid studiens början hade ett CD4-tal på 200–500 celler per µl. För CD4-tal över 500 bedöms risken att överföra HIV vara så pass begränsad att biverkningar förknippade med antiviral behandling gör att dess fördelar inte överväger nackdelarna. Kvinnorna var i graviditetsvecka 28–36 och hade inte någon antiviral medicinerings då studien påbörjades. Hälften av deltagarna lottades till antiviral terapi med tre preparat (behandlingsgruppen). Behandlingen omfattade zidovudin (300 mg), lamivudin (150 mg) och lopinavir (400 mg). Dessutom gavs ritonavir två gånger per dag fram till dess att amningen upphört, dock maximalt 6,5 månader efter partum. En kontrollgrupp gavs standardprofylax, dvs zidovudin (300 mg två

gånger per dag) fram till och med veckan efter förlossning samt en engångsdos med nevirapin (200 mg) och zidovudin (600 mg) då värkarbetet påbörjades. Samtliga barn gavs en engångsdos med nevirapin (0,6 ml) vid födseln. Kvinnorna besökte löpande och minst en gång i månaden centra där studien genomfördes och fick sina mediciner.

Kvinnorna i behandlingsgruppen hade då studien påbörjades ett genomsnittligt CD4-tal på 336, medan kontrollernas genomsnitt låg på 339. Vid undersökningen sex veckor efter förlossningen noterades att den kumulativa andelen barn som smittats med HIV var 3,3 procent i behandlingsgruppen och 5,0 procent i kontrollgruppen. Vid undersökningen efter tolv månader var andelen HIV-smittade barn i behandlingsgruppen 5,4 procent jämfört med 9,5 procent i kontrollgruppen. Tittar man på den kumulativa andelen barn som avlidit eller smittats med HIV tolv månader efter förlossningen uppgick denna till 10,2 procent i behandlingsgruppen och 16,0 procent i kontrollgruppen. Den största riskreduktionen



Antiviral trippelterapi är ett säkert sätt att minska HIV-spridningen, enligt studien.

Foto: SPL/IBL

för behandlingsgruppen noterades för kvinnor med ett CD4-tal mellan 200 och 350. På biverkningssidan noterades inga större skillnader mellan grupperna. Resultatet i fråga om »aidsfri överlevnad« för mödrarna 18 månader efter förlossning kommer att presenteras separat, meddelar författarna.

Resultaten sammanfattas med att antiviral trippelterapi är ett säkert sätt att minska risken för spridning av HIV från mor till barn. Det senaste decenniet har antalet HIV-smittade i fattiga länder som ges tillgång till antiviral medicinerings ökat kraftigt. Många menar dock att alltför lite görs för att begränsa spridningen från just mor till barn. Under 2010 beräknas att det globalt föddes 350 000–400 000 HIV-positiva barn.

Anders Hansen

leg läkare, frilansjournalist

Kesho Bora Study Group. *Lancet Infect Dis*. 2011;11:171-50. doi:10.1016/S1473-3099(10)70288-7

Datortomografisk utredning av misstänkt kranskärlssjukdom

SBU har sammanställt evidensen kring kranskärlsröntgen med hjälp av datortomografi. Att med datortomografens hjälp diagnostisera kranskärlssjukdom är ett område som tekniskt utvecklats snabbt under senare år. Dessutom är området högaktuellt forskningsmässigt. Ett flertal omfattande studier har presenterats under de senaste två åren.

Kranskärlsröntgen med DT är icke-invasiv, till skillnad från traditionell koronarangiografi, som är invasiv. SBU har utgått från 13 olika studier och fokuserat på metodens roll som verktyg för triage, dvs för att utesluta kliniskt viktiga stenoser och för att undvika onödiga utredningar. När metoden däremot visar att kranskärlssjukdom kan förekomma kan patienten utredas vidare med traditionell invasiv koronarangiografi. SBU:s rapport fokuserar på patienter med stabil kranskärlssjukdom.

Myndigheten konstaterar att kranskärlsröntgen med DT är känslig vad gäller att upptäcka kranskärlssjukdom hos individer med intermediär sannolikhet för sjukdomen. Sensitiviteten är genomgående mycket hög, 94–100 procent, och

varierar mycket lite mellan de olika studierna. Specificiteten är dock sämre: mellan 63 och 94 procent i de olika materialen. Detta innebär således att det finns risk för falskt positiva fynd (»falsklarm«).

Datortomografi innebär att patienten utsätts för strålning. Den tekniska utvecklingen har dock gått snabbt, och i dag motsvarar den stråldos en patient ges vid kranskärlsröntgen ungefär den naturliga bakgrundsstrålning vi utsätts för under ett års tid, vilken uppgår till ca 2–5 mSv. Givet att det bara är nyare datortomografer som ger den lägre stråldosen (äldre datortomografer kan innebära doser som är flera gånger högre) skulle många kliniker och sjukhus behöva satsa resurser på dels nya datortomografer, dels utbildning av personal om användningen av kranskärlsröntgen med DT ska öka.

När det gäller hälsoekonomiska aspekter skriver SBU att en kranskärlsundersökning med DT kostar ungefär hälften så mycket som en koronarangiografi. Om det är hälsoekonomiskt lönsamt beror på hur stor andel av patienterna som

måste genomgå båda undersökningarna, dvs då kranskärlsröntgen med DT visar att en stenos kan föreligga, varefter patienten utreds vidare med invasiv koronarangiografi. Givet antagandet att 55 procent av patienterna har kliniskt betydelsefulla stenoser är kranskärlsröntgen med DT (som sedan följs av invasiv koronarangiografi) något dyrare än om bara invasiv koronarangiografi används. Generellt gäller att om en lägre andel patienter visas ha signifikant stenos med hjälp av datortomografisk koronarangiografi innebär det att användningen av denna metod blir billigare.

Som nämnts har SBU fokuserat på hur man med datortomografins hjälp kan utreda misstänkt kranskärlssjukdom. När det däremot gäller metodens roll för att styra behandlingen av en patient med kranskärlssjukdom och metodens rent prognostiska värde krävs fler studier, konstaterar SBU.

Anders Hansen

leg läkare, frilansjournalist

SBU. 2011. Alert-rapport 2011-03. www.sbu.se