

HIV/aids i vetenskapligt fokus

JAMAs temanummer visar på nya möjligheter till prevention och behandling



PEHROLOV PEHRSON, överläkare, infektionskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge
pehrolov@hotmail.com

Eftersom »ingen bild eller text kan uttrycka den förödelse som HIV/aids orsakat under det gångna kvartssekleket« har JAMA i sitt temanummer om HIV/aids avstått från såväl omslagsbild som ledare. Tidningen innehåller emellertid viktiga original- och översiktsartiklar samt behandlingsrekommendationer från International AIDS Society – USA Panel.

Mer än tjugo år efter det att smittämnet och smittvägar identifierats står det klart att preventionsinsatserna hittills, sett i ett globalt perspektiv, misslyckats och att vi står lika långt från ett vaccin som någonsin.

Två nya huvudlinjer för att begränsa smittspridningen diskuteras nu.

Den ena är att rutinmässigt föreslå HIV-test (med möjlighet att tacka nej – s k opt out) i stället för att som nu lita till personens eget initiativ att söka sig till testning (opt in) för att upptäcka fler smittade och dessutom sannolikt tidigare i sjukdomsförloppet – följt av dels riktad rådgivning till dem som lever i serodiskordanta sexuella relationer, dvs endast ena parten har HIV (positiv prevention), dels behandling med antiretrovirala läkemedel för att minska smittsamheten.

Den andra linjen är möjligheten för en osmittad part att skydda sig med hjälp av lokalt verkande mikrobicider eller oral preexponeringsprofylax (båda formerna innehållande antivirala medel), cervixskyddande pessar eller manlig omskärelse [1-4].

Dessa åtgärder måste ses som komplement till och inte ersättning för sexuell återhållsamhet, ömsesidig trohet och konsekvent kondomanvändning.

Pågående studier har väckt en mängd frågor – såväl medicinska och tekniska kring resistensutveckling som epidemiologiska kring ökad risktagning och

etiska kring långtidsbehandling eller kirurgiska ingrepp hos friska personer.

Tre NRTI inte bättre än två

Behandlingsartiklarna i temanumret visar dels att det inte är någon fördel med att ge tre (jämfört med två) nukleosid-analogpreparat (NRTI) i kombination med ett icke-nukleosid-analogpreparat (NNRTI) som initial behandling [5], dels att det går att använda ett enda PI-preparat (en s k förstärkt proteashämmare) som underhållsbehandling efter det att virus-suppression uppnåtts med detta preparat i kombination med två NRTI-preparat.

Från en stor studie i Zambia omfattande 16 000 HIV-behandlade patienter redovisas resultaten av snabb uppskalning [6].

Studien bekräftar tidigare resultat att sådan behandling är möjlig och att behandlingen åtminstone på kort sikt ger goda resultat men med tämligen hög dödlighet det första året.

Detta beror på att patienterna är gravt immundefekta och insjuknar i framför allt tuberkulos, något som skulle kunna undvikas med tidigare diagnos och tidigare insatt antiretroviral behandling.

Att följsamheten är bättre i studier från Afrika än från Nordamerika visades i en metaanalys som publicerades i föregående nummer av JAMA [7].

Bröstmjölsersättning inte självklart

Slutligen diskuteras en undersökning från Botswana av olika åtgärders effekt på virustransmission från mor till barn under och efter förlossning [8]. Användning av modersmjölsersättning, jämfört med amning och antiviral behandling av barnet, minskade visserligen smittöverföringen på kort sikt men ledde till ökad dödlighet i diarré och luftvägsinfektioner. Efter 18 månader sågs inte längre någon skillnad mellan grupperna.



När tystnaden får tala ... omslaget till JAMAs temanummer om HIV/aids är tomt: »ingen bild eller text kan uttrycka den förödelse som HIV/aids orsakat«.

Denna studie, liksom tidigare liknande studier, pekar på vikten av att analysera socioekonomiska förhållanden innan bröstmjölsersättning introduceras och att studera den profylaktiska effekten av antiviral behandling av den ammande modern och/eller det diande barnet.

Riktlinjer för behandling

Råden från panelen, bestående av 16 välkända HIV/aidsläkare eller -forskare [9], överensstämmer i de flesta avseenden med de riktlinjer vi tillämpar i Sverige för behandling av vuxna, med vår tämligen obegränsade tillgång till personal och diagnostiska och terapeutiska resurser.

Sedan flera år rekommenderas behandling av alla med symtomgivande HIV-infektion eller CD4-cellstal <200, dock finns en trend att påbörja behand-

SAMMANFATTAT

Nya vägar för mer effektiv HIV-prevention diskuteras nu: mikrobicider, manlig omskärelse, preexponeringsprofylax.

En studie från Zambia visar att s k uppskalningsbehandling fungerar bra, men risken för insjuknande i tuberkulos är stor.

Vad gäller smittspridning mor-barn ger amning i kombination med antiviral behandling av barnet efter 18 månader samma resultat som uppfostran med bröstmjölsersättning.

lingen något tidigare (när personen är beredd = motiverad att börja).

Alternativen med två nukleosidanaloger + en icke-nukleosidanalog eller en ritonavirförstärkt proteashämmare (PI/r) är ekvipotenta vad gäller antiviral effekt. Vilka preparat som används bestäms individuellt utifrån exempelvis kön, CD4-cellstal, förväntad följsamhet och eventuella interaktioner.

Vid uppföljning av behandlingseffekt gör vi i Sverige glesare kontroller och mer selektiv resistensbestämning men däremot oftare koncentrationsbestämning av NNRTI och PI än i USA.

Indikationerna för preparatbyte på grund av biverkningar är väsentligen desamma, likaså vid terapivikt, något som vi dock ser mera sällan sannolikt till följd av betydligt bättre följsamhet efter att mycket arbete lagts ned på motivation.

Möjligheten till effektiv behandling även vid terapivikt har det senaste året förbättrats genom att fusionshämmaren T20 eller enfuvirtid nu kan kombineras med endera av två nya PI, tipranavir eller darunavir, båda med effekt på multiresistent virus. Frivilliga behandlingsavbrott rekommenderas inte längre sedan en stor studie nyligen visat högre dödlighet och sjuklighet i en grupp som avbrutit än hos dem som fortsatte behandlingen.

Rekommendationer som dessa skall ses som riktlinjer när behandlingen blir alltmer individualiserad till följd av ett ökat antal tillgängliga preparat. Därigenom har den HIV-infekterade ofta exponerats för allt fler av dessa preparat liksom för andra läkemedel, vilket leder till omfattande resistens- och interaktionsproblematik.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

3. Bunnell R. HIV prevention for a threatened continent. *JAMA*. 2006;296:855-8.
6. Stringer JS, Zulu I, Levy J, Stringer EM, Mwangi A, Chi BH, et al. Rapid scale-up of antiretroviral therapy at primary care sites in Zambia. *JAMA*. 2006;296:782-93.
7. Mills EJ. Adherence to antiretroviral therapy in Sub-Saharan Africa and North America. *JAMA*. 2006;296:679-80.
9. Hammer SM, Saag MS, Schechter M, Montaner JSG, Schooley RT, Jacobsen DM, et al. Treatment for adult HIV infection. 2006 recommendations of the International AIDS Society-USA Panel. *JAMA* 2006;296:827-43.

Läkartidningen söker studentredaktör!

Vill du under ett år – på deltid – ägna dig åt medicinsk publicistik?

Är du läkarstudent på någon av de sista terminerna och har ett intresse för och helst erfarenhet av vetenskaplig journalistik och kommunikation är du den vi söker.

I arbetet ingår praktiskt redaktionsarbete inklusive handläggning av manuskript varvat med teori och studiebesök på en internationell medicinsk tidskrift. Tjänstgöringen är tänkt att utmynnas i ett projektarbete inom ämnet medicinsk publicistik.

Som studentredaktör bör du kunna avsätta minst fyra timmar per vecka åt redaktionsarbetet på Läkartidningen. För detta utgår ett timarvode motsvarande AT-läkarlön.

Din ansökan, märkt »studentredaktör«, skall vara oss tillhanda senast den 24 september 2006. Den får omfatta högst tre A4-sidor. Dessutom vill vi ha en meritförteckning på högst en A4-sida utan bilagor. Skicka handlingarna per post till Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm, eller per e-post till <josef.milerad@lakartidningen.se>.

Välkommen med din ansökan!

Josef Milerad
Medicinsk chefredaktör
Tel 070-790 34 31