

Det har skjedd store fremskritt i HIV-behandlingen etter at AIDS-diagnosen ble stilt for første gang i Norge i 1983, men store utfordringer gjenstår

20 år med AIDS i Norge

I januar 1983 ble AIDS-diagnosen stilt i Norge for første gang. I de 20 årene som er gått, har leger og pasienter opplevd forventninger og skuffelser, seier og nederlag. To år etter at AIDS ble erkjent, ble viruset som i dag kalles HIV, påvist som årsak til sykdommen. I 1985 ble HIV-testing tilgjengelig – med store følger for epidemiologisk arbeid, diagnostikk og forebygging. Fra 1986 har blodprodukter i Norge vært sikret ved HIV-testing. Våren 1987 kom zidovudin, det første medikamentet med en viss, om enn forbigående effekt på HIV-infeksjon. Senere er det kommet flere antiretrovirale medikamenter. De inndeles i tre hovedgrupper (etter angrepspunkt hos viruset): reverstranskriptasehemmere, proteasehemmere og de såkalte fusjonshemmere (1).

19 ulike medikamenter er nå tilgjengelige. I 1994 ble grunnlaget lagt for zidovudinprofylakse mot mor-barn-smitte. I 1996 kom det store terapeutiske gjennombruddet: Bruk av kombinasjoner av minst tre ulike antiretrovirale medikamenter og monitorering av behandlingseffekten ved kvantitering av HIV-RNA i plasma. Slik HAART-behandling (highly active antiretroviral therapy) har hos de fleste pasientene en frapperende effekt på virusreplikasjon og immunsvikt. Behandlingen har ført til redusert sykdom og død som følge av HIV-infeksjon i alle vestlige land. De fleste HIV-pasienter kan i dag følges poliklinisk og leve et relativt normalt liv. Bare få trenger innleggelse.

AIDS-epidemien har hatt ringvirkninger av positiv art. HIV/AIDS-forskningen har kastet nytt lys over immunsystemets funksjon, noe som har økt vår innsikt i andre viktige immunsviktsykdommer og gitt verdifull inspirasjon til forskning ved kreft og hjertesvikt. AIDS har ført til en opprustning av mikrobiologisk og klinisk diagnostikk av opportunistinfeksjoner. AIDS og debatten om epidemibekjempelse i 1980-årene har ført til en nødvendig innskjerping av sentrale prinsipper i medisinsk etikk, for eksempel betydningen av konfidensialitet og pasientsamtykke og avveining mellom pasientrettigheter og samfunnsinteresser. Epidemien har bidratt til en vesentlig større åpenhet om seksualitet og større innsikt i enkelte minoriteters situasjon. Og ikke minst har AIDS-epidemien vært en påminnelse om infeksjonssykdommenes fortsatte betydning.

I Norge valgte man, som i de fleste andre land, å unngå tvang og restriktive tiltak – uten at dette førte til en ukontrollert spredning av epidemien, slik enkelte fryktet. Dagens HAART-behandling er atskillig mer pasientvennlig enn den var i 1996, men den utrydder ikke viruset hos pasientene og må derfor være livslang. Ikke alle pasienter responderer tilfredsstillende, og det er vedvarende risiko for senere terapivikt og sykdomsprogrediering. Det er hyppige bivirkninger, noen av alvorlig art. Utbredelsen av resistente HIV-stammer øker i flere vestlige land. Det er derfor behov for nye og mer effektive behandlingsformer, men i de nærmeste årene vil vi trolig bare få forbedrede varianter av allerede eksisterende medikamenttyper. Det som behøves, er radikalt nye behandlingsformer. Derfor er det nødvendig med fortsatt intens forskning omkring virusets sykdomsfremkallende mekanismer, slik at nye terapeutiske angrepspunkter kan identifiseres. Det drives aktiv forskning på immunmodulerende behandling, dvs. behandling som kan potensierte protektive immunreaksjoner og nedregulere skadelige immunreaksjoner ved HIV-infeksjon. Flere kliniske studier med genterapi er i gang (2). Fremtidens HIV-behandling kan meget vel bli en

kombinasjon av antiretrovirale medikamenter, immunmodulerende terapi og kanskje genterapi.

I global sammenheng raser AIDS-epidemien med uforminsknet kraft og med enorme menneskelige, økonomiske og demografiske konsekvenser. Dette gjelder blant annet Afrika, Asia og Øst-Europa (3). I dagens situasjon er fortsatt forebygging av HIV-infeksjon helt avgjørende for å få kontroll over utviklingen. Dette gjelder i særlig grad i utviklingslandene, hvor HIV-behandling med Vestens medikamenter for svært mange er en utopi bl.a. pga. de høye medikamentkostnadene. Det har vært mange skuffelser i arbeidet med å få til en vaksine mot HIV/AIDS, og det vil i beste fall gå flere år før en slik vaksine er klar til bruk (4).

De store terapeutiske fremskritt har endret den tidligere ofte raskt dødelige AIDS-sykdommen til en kronisk sykdom. Dette medfører nye utfordringer for helsevesenet og for samfunnet. Medisinske behandlingstilbud og tiltak som tidligere ikke kom på tale i det hele tatt, bør nå vurderes som aktuelle for mange HIV-pasienter. Assistert befruktning hos par hvor den ene part er HIV-smittet, foregår flere steder i Europa, blant annet i Danmark, og bør også etableres i Norge (5). Organtransplantasjon kan være aktuelt for enkelte HIV-pasienter (6). Behandlingsprotokollene ved HIV-assosiert kreft, f.eks. lymfomer, er i ferd med å bli mer aggressive, med tilsvarende bedre resultater (7). Økt risiko for senere hjerte- og karsykdom som bivirkning til HAART-behandling (1) gjør det nødvendig å tenke på aktive forebyggende tiltak. Fra AIDS-epidemien start har det vært nærmest umulig for HIV-pasienter å tegne livs- og sykeforsikringer. Denne praksisen bør nå revurderes (8).

De neste 20 år av HIV-epidemien vil uten tvil medføre ytterligere forbedringer i helse og livskvalitet for HIV-pasienter, både i Norge og i andre vestlige land. Skal vi fullt ut kunne glede oss over dette, må vi bidra til den globale bekjempelsen av AIDS, som må skje på bred front og som vil kreve enorme ressurser.

Stig S. Frøland

s.s.froland@klinmed.uio.no

Stig S. Frøland (f.1940) er spesialist i infeksjonssykdommer, professor ved Universitetet i Oslo, og har lang klinisk og vitenskapelig erfaring med HIV/AIDS. Han er seksjonsoverlege ved Seksjon for klinisk immunologi og infeksjonsmedisin, Medisinsk avdeling, Rikshospitalet.

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Pomerantz RJ, Horn DL. Twenty years of therapy for HIV-1 infection. *Nat Med* 2003; 9: 867–73.
2. Frøland SS. Genterapi ved HIV-infeksjon og andre virusinfeksjoner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 473–8.
3. Piot P, Bartos M, Ghys PD, Walker N, Schwartländer B. The global impact of HIV/AIDS. *Nature* 2001; 410: 969–73.
4. McMichael AJ, Hanke T. HIV vaccines 1983–2003. *Nat Med* 2003; 9: 874–80.
5. Gilling-Smith C, Smith JR, Semprini AE. HIV and infertility: time to treat. There's no justification for denying treatment to parents who are HIV positive. *BMJ* 2001; 322: 567–8.
6. Roland ME, Havlir DV. Responding to organ failure in HIV-infected patients. *N Engl J Med* 2003; 348: 2279–81.
7. Scadden DT. AIDS-related malignancies. *Ann Rev Med* 2003; 54: 285–303.
8. Jaggy C, von Overbeck J, Ledergerber B, Schwarz C, Egger M, Rickenbach M et al. Mortality in the Swiss HIV Cohort Study (SHCS) and the Swiss general population. *Lancet* 2003; 362: 877–8.