Hivbehandling i Uganda gir lengre forventet levetid

Hivpasienter som får behandling med antiretrovirale legemidler i fattige land, kan nå forvente å leve nesten like lenge som dem uten hivinfeksjon.

Kombinert antiretroviral behandling har på en dramatisk måte forlenget levetiden for personer med hivinfeksjon i vestlige land. Det foreligger få studier om effekten i fattige land.

I en kohortestudie som nylig er publisert i *Annals of Internal Medicine*, ble mortalitet og forventet levetid for 22 315 hivpasienter i Uganda beregnet. Pasientene fikk antiretroviral behandling ved 46 små og store klinikker, både i byer og på landsbygda, i perioden 2000–09. Etter justering for pasienter man hadde mistet kontakt med, var forventet gjenværende levetid ved 20 års alder 26,7 år og ved 35 års alder 27,9 år. Normal forventet gjenværende levetid i Uganda ved disse alderstrinnene er henholdsvis 41,6 år og 30,1 år. Bedringen i forventet levetid var særlig stor for kvinnene og for dem med høye CD4-tall.

– Denne studien viser at antiretroviral behandling ved hivinfeksjon kan øke forventet levetid svært mye også i fattige land i Afrika, der hivepidemien rammer hardest, sier lege Marius Trøseid ved Infeksjonsmedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål og Leger uten grenser.

– Studien viser at forventet levetid øker dramatisk om man starter behandling tidlig, dvs. ved et høyere CD4-tall. Andre studier har vist at behandling forebygger smitte. Samlet viser dette at målet om å eliminere hivsmitte og hivrelatert dødelighet innen 2015 er oppnåelig. Da må vi behandle langt flere hivsmittede på et tidligere stadium, sier Trøseid.

Petter Gjersvik
petjense@online.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Mills EJ, Bakanda C, Birungi J et al. Life expectancy of persons receiving combination antiretroviral therapy in low-income countries: a cohort analysis from Uganda. *Ann Intern Med* 2011; 155: 209–16.

Screening for medfødt CMV-infeksjon?

Spyttprøve av nyfødte kan påvise cytomegalovirusinfeksjon, men bør likevel ikke inn i det nasjonale screeningprogrammet.

Teknisk er det mulig å screene for en rekke medfødte sykdommer, men basert på anbefalinger fra WHO har en norsk ekspertkomité foreslått å begrense utvidelsen av det norske screeningprogrammet til 23 sykdommer. Cytomegalovirus (CMV)-infeksjon er ikke blant disse.

En ny studie har vist at CMV-infeksjon hos nyfødte kan påvises med nær 100 % sensitivitet og spesifisitet med polymerasekjedereaksjon (PCR) på spytt, og det er konkludert med at metoden bør vurderes inkludert i nyfødtscreeningen (1).

– Ca. 0,4 % av alle barn har medfødt CMV-infeksjon, men 85–90 % av dem har ikke kliniske symptomer eller funn ved fødselen, sier professor Trond Markestad ved Haukeland universitetsklinikk. Grunnlaget for å foreslå screening er at 5–10 % av asymptomatiske nyfødte har eller vil utvikle nevrogen hørselstap. Andre typer funksjonsnedsettelse kan også utvikle seg, men 80 % vil sannsynligvis aldri bli affisert.

I Norge gjennomføres hørselsscreening av alle nyfødte og av alle femåringer. Halvparten av dem med hørselstap grunnet medfødt CMV-infeksjon, vil sannsynligvis oppdages ved nyfødttundersøkelsen. Videre undersøkes generell utvikling og språkutvikling ved flere anledninger på helsestasjonen, vanligvis med spesifikke tester ved to- og fireårsalderen.

Det mangler grunnleggende kunnskap om prognose og mulig utvikling av funksjonsnedsettelse ved medfødt CMV-infeksjon, og det er ingen etablert forebyggende behandling, mener Markestad. Når man påviser asymptomatisk medfødt CMV-infeksjon, må disse barna følges og undersøkes i ubestemt tid og tilbys høreapparat eller cochleaimplantat hvis hørselstapet skulle bli betydelig. Dette vil medføre kostnader, både ressursmessig og i form av påført engstelse hos foreldrene. Dagens rutiner for å påvise hørselssvekkelse er gode, og masseundersøkelse for medfødt CMV-infeksjon fyller ikke WHOs kriterier for screening, sier Markestad.

Geir Jacobsen
geir.jacobsen@ntnu.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Boppana SB, Ross SA, Shimamura M et al. Saliva polymerase-chain-reaction assay for cytomegalovirus screening in newborns. *N Engl J Med* 2011; 364: 2111–8.

VERDENS HELSE

Tuberkulose hos hivsmittede

Koinfeksjon med hiv og tuberkulose er et økende problem globalt, særlig i Afrika sør for Sahara. Det er inkonsistente funn når det gjelder effekt av profylakse.

Risikoen for tuberkulose er 20-doblet hos hivsmittede, og tuberkulose er en hyppig årsak til hivrelatert død blant afrikanske barn (1). I en retrospektiv studie av 1 806 hivsmittede barn og unge fra Uganda fant man tuberkulose hos 311 (17,2 %) (2). De som fikk antiretroviral behandling hadde 2,7-ganger økt risiko (95 % KI 2,1–3,5) for å få påvist tuberkulose første 100 dager (trolig) pga. immun rekonstitusjonsassosiert inflammatorisk syndrom (IRIS), men deretter lavere risiko (RR 0,41, 95 % KI 0,30–0,54) enn uten slik behandling.

En prospektiv, placebokontrollert, dobbeltblindet studie av 298 hivsmittede barn fra Sør-Afrika viste ikke-signifikant risikoreduksjon (RR 0,32, 95 % KI 0,07–1,55) for tuberkulose hvis de fikk antiretroviral behandling alene, men sammen med Isoniazid-profylakse var reduksjonen signifikant (RR 0,11, 95 % KI 0,04–0,32) (3). Isoniazid alene reduserte også risikoen (RR 0,22, 95 % KI 0,09–0,53).

I en dobbeltblindet, randomisert, kontrollert studie fra fire sentre i Sør-Afrika og

Botswana (1) ble det derimot ikke påvist noen effekt av Isoniazid-profylakse. Alle de 548 barna fikk BCG-vaksine og 98,9 % begynte med antiretroviral behandling i løpet av studieperioden. Man fant tuberkulose hos 52 av 274 (19,0 %) i Isoniazid-gruppen og hos 53 av 274 (19,3 %) i placebogruppen.

Kristoffer Brodwall
kristoffer.brodwall@gmail.com
Barneklivnikken
Haukeland universitetssykehus

Litteratur

1. Madhi SA, Nachman S, Violar A et al. Primary isoniazid prophylaxis against tuberculosis in HIV-exposed children. *N Engl J Med* 2011; 365: 21–31.
2. Bakeera-Kitaka S, Conessa-Botella A, Dhabangi A et al. Tuberculosis in human immunodeficiency virus infected Ugandan children starting on antiretroviral therapy. *Int J Tuberc Lung Dis* 2011; 15: 1082–6.
3. Frigati LJ, Kranzer K, Cotton MF et al. The impact of isoniazid preventive therapy and antiretroviral therapy on tuberculosis in children infected with HIV in a high tuberculosis incidence setting. *Thorax* 2011; 66: 496–501.