
En dagen derpå-kur mot HIV-infeksjon?

REDAKSJONELT

AAVITSLAND P

Skal personer som har hatt samleie med en HIV-smittet person, få umiddelbar antiviral behandling i et forsøk på å forebygge HIV-infeksjon? Sannsynligvis går det noen dager etter eksposisjon for HIV før infeksjonen etableres. Mantenker seg at antiviral behandling i denne perioden kan forhindre lokal virusreplikasjon og dermed gi immunforsvaretmulighet til å nedkjempe viruset slik at HIV-infeksjon forhindres.

Spørsmålet debatteres intenst internasjonalt (1-3). Noen leger tilbyr allerede sine pasienter slik behandling (1,2). I Sveits anbefaler helsemyndighetene behandlingen (4), mens helsemyndighetene i USA i en etterlengtet uttalelseverken anbefaler eller fraråder behandlingen (5).

I de fleste land anbefales behandling mot HIV-infeksjon til helsepersonell som er blitt eksponert for blod fra HIV-smittede (6, 7). Ved perkutan eksposisjon er smitterisikoen 0,32% (95% konfidensintervall 0,18-0,45%) (8). Dokumentasjonen for behandlingseffekt er utilfredsstillende og består av bare én case control-studie med en rekkepotensielle skjevheter (9). Studien viste 81% redusert risiko (95% konfidensintervall 48-94%) for HIV-smitte hos dem som hadde fått zidovudin etter stikkskaden (10). En randomisert, placebokontrollert studie måtte avbrytes da det ikkelyktes å rekruttere nok forsøkspersoner (1), trolig fordi de var så overbevist om effekten at de ikke ville risikere å få placebo.

Ved siden av parallellen til behandling av stikkskader i helsevesenet er holdepunktene for effekt av posteksposisjonell behandling etter samleie som følger:

- I dyremodeller har antiviral behandling vist seg å kunne forebygge infeksjon etter smitte av et apevirus som likner HIV (11).
- Behandling med zidovudin forebygger at smitte fra mor til barn i svangerskap og ved fødsel fører til infeksjon (12).

Det er forståelig at leger ønsker å kunne tilby behandlingen til for eksempel en kvinne som er voldtatt av en HIV-positiv mann. Begrunnelsen kan være at behandlingen sannsynligvis hjelper og iallfall ikke skader, og at helsevesenet

plikter å gjøre alt man kan i denne situasjonen. Spørsmålet er imidlertid mer komplisert, fordi behandlingen kan ha bivirkninger for pasienten og medfører kostnader for samfunnet.

Smittefaren ved ett enkelt samleie er på forhånd svært liten, kanskje rundt 0,1-0,2% ved et penilt-vaginalt samleie og 0,1-0,3% ved et penilt-analt samleie (13). Dersom behandlingen virkelig kan redusere risikoen med 80%, f.eks. fra 0,2% til 0,04%, må man behandle 625 personer for å forebygge ett tilfelle av HIV-infeksjon. 624 av pasientene vil altså ikke ha noen nytte av behandlingen, men risikerer til dels alvorlige bivirkninger (5). Kostnadene per forebyggt tilfelle blir minst seks millioner kroner. I tillegg kommer de store logistiske problemene med å kunne tilby behandlingen døgnetrundt overalt i landet.

Det er en teoretisk risiko for at ufullstendig gjennomført behandling, dersom den ikke virker, fører til at pasienten blir infisert med virus som er resistent mot medikamentene som ble benyttet.

Troen på tiltakets effekt kan styrkes i befolkningen etter hvert som stadig flere har fått behandlingen uten å bli smittet. Det er lett å glemme at nesten ingen av dem ville blitt smittet uansett. Dette kan føre til utvidelse av indikasjonen til mindre alvorlige eksposisjoner og til situasjoner der partnerens HIV-status er ukjent. I slike situasjoner vil behandlingen ha et svært ufordelaktig forhold mellom kostnad og nytte.

Offentlige anbefalinger og økende bruk kan også føre til at behandlingen oppfattes som veldig viktig. Dermed kan den bli prioritert foran annen behandling og omsorg for voldtektsofre og andre pasienter som er blitt eksponert for HIV.

Det er også mulig at noen personer vil legge mindre vekt på andre beskyttelsestiltak mot HIV dersom de tror de kan fjerne risikoen med en tablettkur dagen derpå.

Dersom posteksposisjonell behandling langsomt glir inn i medisinsk praksis, vil vi aldri få sikre svar på hvilke positive og negative effekter behandlingen har. Det vil bli umulig å rekruttere personer til en placebokontrollert studie. Paradoksalt nok kan en slik studie bli oppfattet som uetisk.

Det er imidlertid bare en randomisert, placebokontrollert studie som kan gi et sikkert svar på om posteksposisjonell behandling virkelig forebygger HIV-infeksjon. Studien må være stor. Dersom man med 80% sannsynlighet skal oppdage denne risikoreduksjonen etter samleie, kreves det 8555 personer i behandlingsgruppen og like mange i placebogruppen.

Man kan beskytte seg mot samleieoverført HIV-infeksjon ved å ha partnere som ikke er smitteførende eller konsekvent å bruke kondom. Det haster med en randomisert studie som kan vise om posteksposisjonell behandling er et alternativ i situasjoner der mulighetene ovenfor ikke ble benyttet eller ikke var til stede, som etter voldtekt.

Preben Aavitsland

LITTERATUR

1. Katz MH, Gerberding JL. The care of persons with recent sexual exposure to HIV. *Ann Intern Med* 1998; 128: 306-12.
 2. Desmond NM, Coker RJ. Should preventive antiretroviral treatment be offered following sexual exposure to HIV? The case for. *Sex Transm Inf* 1998; 74: 144-5.
 3. Evans B, Darbyshire J, Cartledge J. Should preventive antiretroviral treatment be offered following sexual exposure to HIV? Not yet! *Sex Transm Inf* 1998; 74: 144-5.
 4. Bernasconi E, Battegay M, Vernazza P, Flepp M. Vorläufige Empfehlungen zur HIV-Postexpositionsprophylaxe ausserhalb der Medizinalbereichs. *Bulletin für Gesundheit* 1997; 4-8.
 5. Management of possible sexual, injecting-drug-use, or other nonoccupational exposure to HIV, including considerations related to antiretroviral therapy. Public Health Service statement. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998; 47: 1-14.
 6. Statens helsetilsyn. Anbefalinger i forhold til posteksposisjonell profylakse - HIV-infeksjon. Rundskriv IK-40/96. Oslo: Statens helsetilsyn, 1996.
 7. Public Health Service guidelines for the management of health-care worker exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998; 47: 1-33.
 8. PHLS AIDS & STD Centre at the CDSC & Collaborators. Occupational transmission of HIV. Summary of published reports. December 1997 Edition. London: PHLS AIDS Centre, 1998.
 9. Henderson DK. Postexposure treatment of HIV - taking some risks for safety's sake. *N Engl J Med* 1997; 337: 1542-3.
 10. Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. Centers for Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. *N Engl J Med* 1997; 337: 1485-90.
 11. Böttiger D, Johansson NG, Samuelsson B, Zhang H, Putkonen P, Vrang L et al. Prevention of simian immunodeficiency virus, SIVsm, or HIV-2 infection in cynomolgus monkeys by pre- and postexposure administration of BEA-005. *AIDS* 1997; 11: 157-62.
 12. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. *N Engl J Med* 1994; 331: 1173-80.
 13. Mastro TD, de Vincenzi I. Probabilities of sexual HIV-1 transmission. *AIDS* 1996; 10 (suppl A): 75-82.
-

Publisert: 30. november 1998. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. februar 2026.