

Mors vanskelige valg

I 2001 ble 800 000 barn under 15 år smittet med HIV-1. 90 % av disse barna ble smittet av sine HIV-positive mødre under svangerskapet, fødselen eller ved amming. I Norge har man med en rekke tiltak minsket smitterisikoen, blant annet ammes ikke barn til HIV-positive mødre. Men i den fattige del av verden kan det ikke å amme et barn også være farlig. Så hvordan skal mor velge å mate sitt spedbarn? Amming ser fortsatt ut til å være det minst dårlige alternativet for HIV-positive mødre i de fattigste delene av verden.

Kronisk hungersnød i Etiopia

Etiopia har på ny kommet i medienes søkelys. 11–14 millioner mennesker sulter og trenger mat for å overleve.

I et av de mest fruktbare områder i landet, Sidama, ses store tellleirer langs hovedveien. Hundrevis av alvorlig underernærte barn får mat og behandling. Mange barn har kwashiorkor. At situasjonen er alvorlig, blir understreket ved at hungersødem ses hos eldre barn og voksne. Liknende forhold så man sist i 1984.

Sidama er et av de tettest befolkede områdene i landet. For de mange jordløse familiene blir dessverre matutdeling den eneste mulighet for å overleve. Hver periode med hungersnød forverrer fattigdommen. Befolkningen blir mer sårbar. AIDS-epidemien kompliserer situasjonen, og det gode regnet i sommer har ført til en omfattende malariaepidemi.

Verden er dessverre blitt trett av Etiopias mange rop om hjelp. En av avisene i Addis Abeba skrev nylig at landet trenger mer enn mat og reflekterer over Etiopias hovedproblem: raskt økende befolkning og ekstrem fattigdom. Utsagnet om at land med et godt styresett sjelden opplever hungersnød, gjelder også Etiopia.

Bernt Lindtjorn

bernt.lindtjorn@cih.uib.no
Senter for internasjonal helse
Universitetet i Bergen

Risikoen for HIV-smitte intrauterint er blitt anslått til 5–10 % uten tiltak og under forløsningen til 10–20 %. Amming er også en mulig smittevei for HIV-1 fra mor til barn. Risikoen varierer mellom forskjellige land, men amming uten tiltak i 1,5–2 år, som er alminnelig i mange afrikanske land, dobler nesten den totale smitteraten (1). I Norge smittes svært få barn med HIV-1 av sine mødre i forbindelse med svangerskap, forløsning og amming (2). Det skyldes at man i dag behandler HIV-positive mødre med antiretroviral kombinasjonsterapi og gir profylaktisk antiretroviral behandling til barna i seks uker etter fødselen. Mødrene ammer heller ikke barna sine.

Forebygging av mor-barn-smitte

I lavinntektsland har man også prøvd forskjellige tiltak for å minske mor-barn-smitte. Det vanligste tiltaket er peripartum antiretroviral terapi eller profylakse. Den mest brukte metoden i klinisk hverdag er monoterapi med et regime med to doser nevirapin: 200 mg til mor når forløsningen starter og en dose på 2 mg/kg til barnet innen de første 72 timer. Dette regimet er vist å halvere den perinatale transmisjonsraten (3).

Medikamentell forebygging av HIV-smitte var en av de få gode nyhetene om HIV i Afrika i slutten av 1990-årene. Entusiasmen var stor for å starte programmer for å forebygge mor-barn-smitte. Uganda er et av de landene hvor jeg har fulgt utviklingen. Hva er problemene med et slikt program i et lavinntektsland i Afrika?

Den første utfordringen er å vite hvem som trenger behandlingen. For å få til det må man ha kapasitet til å tilby rådgivning og testing for HIV ved svangerskapskontrollene.

Sikre hurtigtester for HIV

Nå er det kommet hurtigtester for HIV. Det er raske immunokromatografiske tester som i funksjonalitet minner om de moderne graviditetstestene. De er nå så sikre at de kan brukes klinisk. Hurtigtestene koster omkring 1 dollar per stykk. Det finnes store

donasjonsprogrammer for å forsyne alle antenatalklinikkene i de mest utsatte, fattige landene med disse hurtigtestene. Oftest brukes de som screening. Hvis en test er positiv, brukes en algoritme hvor blodprøven sjekkes med en annen hurtigtest og eventuelt en tredje. På den måten kan man være sikker på at alle som får beskjed om at de er HIV-positive, virkelig er det. Men alle typer immunologiske tester forutsetter at pasienten har dannet antistoffer mot HIV, noe som tar 4–12 uker etter smitte.

Vil kvinnene la seg teste, selv om testene er sikre? Mødrene får vite at om de lar seg teste og det viser seg at de er HIV-positive, så kan de få en gratis medisin som minsker risikoen for å smitte barnet. Det viser seg at mange helt enkelt takker nei til tilbud om testing. I de gunstigste tilfeller, som i Ugandas hovedstad Kampala, kan andelen kvinner som lar seg teste være 60–70 %, men den kan også være helt ned til nesten null. Flere undersøkelser viser at mange kvinner i Afrika ikke oppfatter at konfidensialiteten er god nok på klinikkene, slik at de risikerer at andre får vite om deres HIV-status.

Den andre begrunnelsen er det sosialpsykologiske dramaet som denne testvirksomheten fører til i mange afrikanske land. Plutselig er det kvinnene som får vite at de er HIV-positive og som blir bedt om å gå hjem til mannen og fortelle at hun er HIV-positiv. Mange frykter at det vil føre til at kvinnen får skylden for smitten. I Uganda mener mange at kvinner løper en reell risiko for å bli banket opp av mannen eller at han ganske enkelt drar fra henne. Kun ca. en tredel av de HIV-positive kvinnene har fortalt sin mann at de er HIV-positive. Derved bærer de på en hemmelighet som de ikke føler de kan dele med sin mann. Dette til tross for at sannsynligheten for å dele smitten med mannen er stor.

Å amme eller ikke amme?

Problemet med antiretroviral medisinerings omkring forløsningen er at den ikke beskytter mot mor-barn-smitte via mors-



Tanzaniansk mor som ammer. Foto Peggy Koniz-Booher

melk. Så når kvinnen har fått rådgivning, blitt testet, funnet HIV-positiv og sammen med barnet har tatt nevirapin-dosene omkring forløsningen, så blir hun stilt foran spørsmålet: amme eller ikke amme?

I Europa anbefales HIV-positive mødre å avstå fra amming, da amming bidrar til en økt risiko for mor-barn-smitte. Den kumulative risikoen for å bli HIV-smittet etter fire ukers alder er anslått til 16% ved 18 måneders alder (1).

Begrunnelsen for å anbefale HIV-positiv mødre å avstå fra amming er derfor gode. Fra 1970-årene husker vi imidlertid risikoen for afrikanske barn som ikke ammes. Tidlig i 1980-årene fikk vi en etisk «Code for marketing of breast milk substitutes» (4) som skulle garantere at uetisk reklame for morsmelkerstatning ikke skulle påvirke kvinner i lavinntektsland å slutte å amme. Har risikoen med ikke å amme i lavinntektsland forsvunnet siden 1970-årene? På slutten av 1990-tallet var det en sterk følelse hos mange som var opptatt med HIV-trusselen at nå var en ny tid kommet og gamle vedtak måtte revurderes. I 1998 kom så WHO, UNICEF og UNAIDS med en ny anbefaling hvor man anbefalte amming for HIV-negative mødre og mødre med ukjent status, men hvor man anbefalte morsmelkerstatning for HIV-positiv mødre når dette er rimelig i pris, gjennomførbart, akseptabelt, bærekraftig og sikkert. Diskusjonen om når disse krav er oppfylt

startet umiddelbart og mange mente at dette kun gjaldt en liten minoritet i Afrika.

FN-organisasjonene startet i 1999 et pilotprosjekt hvor man delte ut gratis morsmelkerstatning ved utvalgte klinikker i Honduras, India og ni afrikanske land for å se om det kunne la seg gjøre å distribuere morsmelkerstatning i store mengder.

I Uganda noterte man en oppgang i antallet underernærte spedbarn i denne tiden.

Mange av disse barna var ikke ammet. Uheldigvis gjorde ikke FN noen oppfølging av barna som fikk morsmelkerstatning, men flere steder har man inntrykk av at dette pilotprosjektet skadet flere barn enn det muligens hjalp. Derfor ble prosjektet avsluttet for et år siden. Noen mellominntektsland som Brasil og Botswana har besluttet å gi ut gratis morsmelkerstatning til HIV-positiv mødre, mens mange andre land vet ikke om morsmelkerstatning er mulig i deres befolkning.

Helsepersonellet har fått med seg at amming kan være farlig, og støtten for amming i den del av befolkningen som er HIV-negativ har helt stoppet opp. Samtidig kommer en studie fra Sør-Afrika som viser at eksklusiv amming, dvs. at barnet kun får morsmelk og ikke noe annet, ikke en gang vann, muligens har en lavere smitterisiko enn blandet ernæring (5).

Dermed sitter moren i Uganda igjen med sitt vanskelige valg: Hun vet at hun er HIV-positiv, mannen hennes vet ingenting, hun

har tatt nevirapin før forløsningen og barnet fikk en dose etterpå, risikoen for at barnet er smittet er liten. Hun får informasjon om at det kanskje ikke er så lurt å amme, og nå må hun ta en beslutning om hun skal amme barnet eller skille seg ut ved å skaffe morsmelkerstatning for 1 dollar dagen.

De fleste velger å fortsette å amme. Sannsynligvis er det et godt valg. Hvis Sør-Afrika-studien viser seg å være riktig, vil man kunne anbefale de fleste HIV-positiv mødre i lavinntektsland å amme eksklusivt, det vil være det minst onde i valget mellom å amme (med en liten risiko for å overføre HIV) eller ikke amme (med en sannsynligvis større risiko for alvorlig diaré, underernæring eller lungebetennelse).

I en Lancet-artikkel i juli i år slås det fast at eksklusiv amming er det beste enkelttiltak som umiddelbart kan gjennomføres for å redusere barnedødeligheten i verden (6). Det skulle kunne forebygge 13% av de ca. ti millioner barnedødsfallene i verden årlig. Verdens barn trenger at vi har målet for deres overlevelse klart i sikte, derfor må vi ikke svekke ammingen. Vi må *samtidig* prøve å finne en vei for de barna som har en HIV-positiv mor. Slik kan vi få redusert barnedødelighet. Mødrene får hjelp til eksklusiv amming og øker ikke barnedødeligheten gjennom dårlig gjennomfunderte råd om ikke å amme. Dette kommer til syne i FN-organisasjonenes nye policydokument om amming (7).

Thorkild Tylleskær

thorkild.tylleskar@cih.uib.no

Senter for internasjonal helse

Universitetet i Bergen

Armauer Hansens Hus

og

Barneklubben

Haukeland Universitetssykehus

5021 Bergen

Litteratur:

1. Nduati R, John G, Mbori-Ngacha D, Richardson B, Overbaugh J, Mwatha A et al. Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: a randomized clinical trial. *JAMA* 2000; 283: 1167-74.
2. Garmark VC, Holmedal SH, Ronsen TK, Bruun JN, Lindemann R, Lokvik BH. HIV-smitte fra mor til barn. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2029-32.
3. Guay LA, Musoke P, Fleming T, Bagenda D, Allen M, Nakabiito C et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomized trial. *Lancet* 1999; 354: 795-802.
4. WHO. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Adopted by World Health Assembly Resolution WHA34.22. Genève: World Health Organization, 1981.
5. Coutsooudis A, Pillay K, Kuhn L, Spooner E, Tsai WY, Coovadia HM. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *Aids* 2001; 15: 379-87.
6. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; 362: 65-71.
7. UNAIDS, FAO, UNHCR, UNICEF, WHO, WFP et al. HIV and infant feeding: framework for priority action. http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/HIV_IF_Framework.htm (26.10.2003).