

Ti år med høyaktiv antiretroviral terapi mot hiv

Høyaktiv antiretroviral terapi (HAART) ble innført i hivbehandlingen i 1996. Hvordan har dette påvirket behandlingsrespons, sykdomsutvikling og dødelighet?

Disse spørsmålene er forsøkt besvart i en multinasjonalt studie fra Europa og USA, basert på data fra over 20 000 hivinfiserte personer (1). Man vurderte behandlingens effekt på virusmengde, aidsutvikling og totaldødelighet i løpet av det første året.

Resultatene er kanskje overraskende: Mens den virale responsen var signifikant bedret i årene 1995–2003, var det en økning på ca. 30 % i andelen som utviklet aids. De fleste av disse fikk tuberkulose. Det var heller ingen nedgang i totaldødelighet i perioden. Men pasientgruppen endret seg betydelig i disse årene, idet andelen heteroseksuelt smittede økte fra 20 % til 47 % og det var flere kvinner blant dem.

Databasen inneholder ikke informasjon om de smittedes fødeland. Men forfatterne mener likevel at den økte forekomsten av aids/tuberkulose skyldes at flere hivinfiserte i Vesten nå har et annet opprinnelsesland. De kan derimot ikke forklare hvorfor effek-

ten av HAART-behandlingen ser ut til å være bedre hos homoseksuelt smittede enn hos heteroseksuelt smittede.

Seksjonsoverlege Per Bjark ved Sykehuset i Vestfold er bekymret over hvordan resultatene av studien kan oppfattes, og frykter en negativ holdning til behandlingen. – Det er mange forhold som ikke er belyst – særlig betydningen av etnisitet og endringer i definisjonen av aids. Tuberkulose ble først et kriterium senere i perioden. De siste årene har det vært en tendens til å starte behandling på et lavere CD4-nivå enn tidligere, noe som kanskje kan påvirke forløpet.

Vi vet ikke hvorfor behandlingen synes å ha ulik effekt i ulike grupper. Men vi vet at ulik smittemåte betyr ulik smittedose. I begynnelsen av hiværaen så vi interessante forskjeller i forløp og prognose. Dessverre kan ikke denne studien gi svar på slike problemstillinger, sier Bjark.

Ragnhild Ørstavik

ragnhild.orstavik@fhi.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. May MT, Sterne JA, Costagliola D et al. HIV treatment response and prognosis in Europe and North America in the first decade of highly active antiretroviral therapy: a collaborative analysis. *Lancet* 2006; 368: 451–8.

Hvordan skal vaktpostlymfeknuter undersøkes?

Protokollen for undersøkelse av vaktpostlymfeknuter påvirker den kirurgiske strategi.

Det finnes ingen internasjonal konsensus for hvordan vaktpostlymfeknuter skal undersøkes av patologen for korrekt påvisning av mikrometastaser.

I en prospektiv studie med 587 pasienter ble patologenes protokoller ved fire ulike institusjoner sammenliknet (1). Ved tre av sykehusene undersøkte man tre nivåer i vaktpostlymfeknuten, ved ett mer enn ti nivåer.

Ved sykehuset der man brukte over ti snittnivåer, var det signifikant flere positive vaktpostlymfeknuter (67 % mot 32–43 %), og dette førte til signifikant flere aksilletoalletter enn ved de tre andre sykehusene (66 % versus 29 %). Det var ingen signifikant forskjell i påvisning av metastaser i andre lymfeknuter (14 % versus 10 %), men ved sykehuset med mer omfattende protokoll var det flere negative aksilletoalletter enn ved de tre andre sykehusene (52 % versus 19 %).

– Dette viser at patologens valg av protokoll påvirker valg av kirurgi, sier Håvard Søiland ved Mamma/endokrinkirurgisk seksjon, Stavanger universitetssjukehus. – Det gjenstår å påvise den minste metastatiske enhet med klinisk betydning i en lymfeknute. Tilleggsundersøkelser, som PCR, har kanskje høyere sensitivitet, uten at vi vet hva dette betyr for pasienten.

Norske retningslinjer anbefaler aksilletoaltest ved påvisning av mikrometastaser > 0,2 mm i diameter i en vaktpostlymfeknute, ikke ved kun enkelte tumorceller. Om praksisen som er rapportert i studien gir ulik overlevelse i de forskjellige gruppene, gjenstår å se, sier Søiland.

Kjetil Søreide

ksoreide@mac.com
Tidsskriftet

Litteratur

1. Bolster MJ, Bult P, Schapers RF et al. Differences in sentinel lymph node pathology protocols lead to differences in surgical strategy in breast cancer patients. *Ann Surg Oncol* 2006; doi: 10.1245/s10434-006-9084-y.

Medisinske nyheter fra internasjonale tidsskrifter: Tips eller innlegg på inntil 300 ord kan sendes
erlend.hem@medisin.uio.no

Herpesinfeksjon øker risikoen for hivsmitte

Genital infeksjon med herpes simplex-virus type 2 (HSV-2) øker risikoen for hivsmitte – sannsynligvis pga. lettere tilgang for viruset via infiserte slimhinner. I en longitudinell studie blant homoseksuelle menn i USA har man nå kartlagt denne sammenhengen nærmere (*Am J Epidemiol* 2006; 164: 733–41).

Alle deltakerne ble regelmessig testet for HSV-2 og hiv. Risikoen for hivinfeksjon var økt nesten fire ganger for menn som hadde sex med menn som nylig var infisert med HSV-2. I mindre grad gjaldt dette dem som hadde sex med menn som var smittet lengre tid tilbake. Rådgivning hadde ingen innvirkning på forekomst av hivsmitte eller smitte med HSV-2.

Forfatterne konkluderer med at menn som nylig er smittet med HSV-2 er en viktig risikogruppe for hivinfeksjon.

Sjelden komplikasjon etter fødsel

Ved fostervannsemboli går fostervannet over i morens venøse blodomløp og utløser akutt hypoksi, sjokk og disseminert intravaskulær koagulasjon. Selv om tilstanden er svært sjelden, utgjør den en betydelig andel av årsakene til dødsfall i forbindelse med fødsler i industrialiserte land.

I en epidemiologisk studie fra Canada oppsto fostervannsemboli ved ca. én av 17 000 fødsler (*Lancet* 2006; 368: 1444–8). 14 % av pasientene døde. Tilstanden var signifikant assosiert med flere potensielt utløsende faktorer, bl.a. uterin ruptur, placenta praevia og medikamentelt induisert fødsel. Den siste faktoren økte risikoen for fatal fostervannsemboli 3–4 ganger. Selv om den absolutte risikoen er svært lav, bør helsepersonell ta dette med i vurderingen av hvorvidt man skal sette i gang fødselen.

Bedre effekt av raskere behandling?

Tidspunktet for behandlingsstart kan ha innvirkning på den sekundærførebyggende effekten av statiner. En metaanalyse av 13 tidligere randomiserte placebokontrollerte undersøkelser viser at det å begynne med statiner innen 14 dager etter sykehusinnleggelse for akutt hjerte- og karsykdom kan redusere forekomsten av nye tilfeller med omkring 20 % i løpet av de to første årene (*Arch Intern Med* 2006; 166: 1814–21).

På overlevelseskurver ble det vist at effekten begynte først etter omkring fire måneder. Forskerne fant ingen tegn på publikasjonsskjevhet til fordel for studier med positive funn.