

Chlamydiatesting hos gravide i Botswana

■ Behandling basert på hurtigtester for chlamydiainfeksjon hos gravide kan være bedre og billigere enn behandling basert på symptomer og kliniske tegn. Dette fremgår av en norsk studie som nylig er publisert i tidsskriftet *Sexually Transmitted Infections* (1).

Forskerne utviklet en analysemodell for å sammenlikne utgifter ved ulike strategier for diagnostikk og behandling. Studien var basert på nye data om gravide kvinner i Botswana, litteraturstudier og ekspertvurderinger. Azitromycin var billigere og mer effektivt enn erytromycin. Sammenliknet med behandling basert på symptomer og kliniske funn førte bruk av en hurtigtest for chlamydiagenten til en økning i antall kurerte tilfeller fra om lag 1 500 til 3 500 i en befolkning på 100 000 kvinner. Prisen for hver ekstra kurerte pasient var i snitt 38 amerikanske dollar, og enda lavere i grupper med høy forekomst av chlamydiainfeksjon, bl.a. blant tenåringer. Bruken av hurtigtest førte også til færre unødvendige behandlinger og bedre partnerbehandling.

Funnene tyder på at dagens råd fra Verdens helseorganisasjon om chlamydiabehandling hos gravide afrikanske kvinner sør for Sahara ikke er de beste. Forfatterne anbefaler mer bruk av hurtigtester.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Romoren M, Hussein F, Steen TW et al. Costs and health consequences of chlamydia management strategies among pregnant women in sub-Saharan Africa. *Sex Transm Infect* 2007; 83: 558–66.

Barn med hiv – fortsatt store utfordringer

Over 90 % av alle hivinfiserte barn lever i Afrika sør for Sahara, og mer enn halvparten av dem dør før de fyller to år. Det siste året er det kommet flere legemidler mot hiv tilpasset barn.

De siste årene har høyaktiv antiretroviral terapi (HAART) gjort hivinfeksjon i vestlige land til en kronisk sykdom. Også i stadig flere utviklingsland har man startet HAART-behandling med til dels gode resultater, men tilbudet til barn har vært mangelfullt. Selv om barn i utgangspunktet kan behandles med de samme medikamenter som voksne, er få midler tilpasset barns kroppsvekt. Til nå har praksis vært å dele opp voksentabletter så godt som mulig, noe som er vanskelig å gjennomføre for både foreldre og helsepersonell. Mange leger har derfor kviet seg for å tilby slik behandling i de tilfeller der det er risiko for feildosering og resistensutvikling (1).

Organisasjonen Leger Uten Grenser la nylig frem resultater fra en kohortundersøkelse i Uganda som underbygger denne skepsisen. Selv om overlevelsen etter 12 måneder var så god som 86 %, hadde kun 59 % av barna udetekterbar virusmengde. Etter 24 måneder hadde kun 33 % udetekterbar virusmengde, og 85 % av barna med høy virusmengde hadde resistens mot ett eller flere førstehåndspreparater (XVII International AIDS Conference, Sydney, 2007). Disse resultatene bekrefter at dagens praksis er uakseptabel, og at medikamenter tilpasset barns kroppsvekt er nødvendig.

Bedre behandlingsmuligheter

I løpet av 2006 og 2007 er to typer barnetabletter blitt tilgjengelig. Disse produseres i India og består av tre ulike medikamenter i en kombinasjonstablett. Den ene typen (produsert av Cipla) er nylig godkjent av Food and Drug Administration (FDA) i USA til bruk i utviklingsland. Barnetablettene er i skrivende stund ikke tatt med i Verdens helseorganisasjons liste over godkjente medikamenter og er derfor ikke tilgjengelig i de fleste behandlingsprogrammer. Derfor har Leger Uten Grenser brukt egne farmasøyer til å kvalitetskontrollere barnetablettene for bruk i sine prosjekter (2). Kombinasjonstabletter har vært tilgjengelig for voksne pasienter i snart fem år, og det er på høy tid at Verdens helseorganisasjon nå godkjenner disse medikamentene også for barn.

Selv med tilpassede tabletter byr behandling av barn på særlige utfordringer. Det er foreløpig gjort få studier for å avklare når HAART-behandling bør startes (3). På den ene side ser det ut til at behandlingsstart hos barn yngre enn seks måneder kan gi bedre virologisk, immunologisk og klinisk respons etter fire års oppfølging enn om behandlingen startes senere (4). På den annen side har nyfødte med hivinfeksjon svært høye virusnivåer, og tidlig behand-



Behandling av barn med hivinfeksjon byr på særlige utfordringer. Foto Rungraj Yongrit/EPA/SCANPIX

lingsstart kan gi resistensutvikling om viremien ikke undertrykkes fullstendig (3, 5). Et stort tilleggsproblem er at svært mange barn har primærresistens mot førstelinjeparater som en følge av at gravide får monoterapi med nevirapin for å forebygge smitte fra mor til barn (3). I en metaanalyse fant man slik primærresistens hos over halvparten av barna når mor var behandlet med nevirapin alene, mot en seksdel av barn når mor fikk kombinasjonsbehandling (6).

Dårlig diagnostikk

Rett diagnostikk er en forutsetning for rett behandling. Diagnostisering er imidlertid vanskelig i mange utviklingsland. Klinisk kan det hos barn være umulig å skille hivsmitte fra andre infeksjoner eller underernæring. Serologiske tester er vanskelige å tolke, fordi barn født av hivpositive mødre kan ha materielle hivantistoffer i opptil 18 måneder (1, 3).

Sikker diagnose avhenger i dag av gen-teknologisk påvisning av hiv-RNA. Dette er kostbar og sofistikert teknologi som ikke er tilgjengelig i de fleste utviklingsland – unntatt i enkelte storbyer. Det er et stort behov for enkle hurtigttester som kan brukes i felten. En kvalitativ test vil være nok i en slik setting, men dessverre er en slik test ikke kommersielt interessant nok for å bli utviklet. De diagnostiske utfordringene gjør

at mange barn får behandling for sent, noe som er en viktig årsak til at halvparten av dem dør før to års alder (1).

Store utfordringer

Selv om barnedødeligheten har gått ned i store deler av verden de siste årene, er fremgangen liten i afrikanske land sør for Sahara. Den norske regjeringen har satt FNs fjerde tusenårsmål, målet om å redusere barnedødeligheten med to tredeler innen 2015, høyt på dagsordenen. For å nå dette målet bør også barn med hivinfeksjon tas med i satsingen (3).

Selv med viktige fremskritt i form av tilpassede barnetabletter, er utfordringene store. Primærresistens er et omfattende problem, og forebyggende behandling av gravide med nevirapin i monoterapi bør unngås. Det er et stort behov for uavhengig forskning, særlig når det gjelder hivdiagnostikk hos barn under 18 måneder, samt langtidsstudier av pediatrike kohorter med kliniske, virologiske og immunologiske endepunkter.

Marius Trøseid

troseid@hotmail.com
Leger Uten Grenser
og
Infeksjonsmedisinsk seksjon
Akershus universitetssykehus
1478 Lørenskog

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Children and HIV/AIDS. MSF Facts sheet. July 2006. Genève: Médecins Sans Frontières, 2006.
2. New paediatric AIDS treatment data show good clinical results. July 2007. Genève: Médecins Sans Frontières, 2007.
3. Prendergast A, Tudor-Williams G, Jeena P et al. International perspectives, progress, and future challenges of paediatric HIV infection. *Lancet* 2007; 370: 68–80.
4. Chiappini E, Galli L, Tovo PA et al. Virologic, immunologic, and clinical benefits from early combined antiretroviral therapy in infants with perinatal HIV-1 infection. *AIDS* 2006; 20: 207–15.
5. Aboulker JP, Babiker A, Chaix ML et al. Highly active antiretroviral therapy started in infants under 3 months of age: 72-week follow up for CD4 cell count, viral load and drug resistance outcome. *AIDS* 2004; 18: 237–45.
6. Arrive E, Newell ML, Ekouevi DK et al. Prevalence of resistance to nevirapine in mothers and children after single-dose exposure to prevent vertical transmission of HIV-1: a meta-analysis. *Int J Epidemiol* 2007; 36: 1009–21.

Manuskriptet ble mottatt 12.12. 2007 og godkjent 22.2. 2008. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.