

# Kampen mot hiv kan vinnes, men pengene mangler!

Behandling av hiv forebygger spredning og redder millioner av menneskeliv. Verdens helseorganisasjon anbefaler nå at man starter tidligere enn man gjorde før. Finanskrisen truer denne viktige kampen, og store givere reduserer sine bidrag. Norge må derfor gi mer og presse andre land til å gjøre det samme.

Den største medisinske fremgangen globalt sett det siste tiåret har vært opptrapping av behandlingen av hiv/aids, og omtrent fire millioner mennesker får i dag dette. Mange var i utgangspunktet skeptisk til at avansert terapi ville la seg gjennomføre i utviklingsland (1), men denne skepsisen har ikke vært berettiget. Moderne medikamenter har reddet millioner av mennesker og gitt dem muligheten til å leve et aktivt liv (2).

## Behandling er effektivt

Resultatene i afrikanske land har vært sammenliknbare med resultatene fra vestlige land om man justerer for at afrikanerne er mye sykere når de starter behandling (3, 4). Stikk i strid med dystre spådommer har man dessuten sett at afrikanske pasienter er flinkere til å følge opp enn pasienter i vår del av verden (5). En studie fra Afrika sør for Sahara tyder på at smittede kan oppnå samme levealder som hivnegative dersom behandlingen startes tidlig nok (6).

## Behandling er forebygging

Hivbehandling har ikke bare betydning for den enkelte pasient, det er også store samfunnsmessige gevinster. Det er svært effektivt for å forebygge virusspredning, både i befolkningen generelt (7, 8) og i særdeleshet fra gravide kvinner til deres barn (9). De siste årene vi sett en stabilisering i prevalens og en nedgang i insidens og hivrelatert dødelighet (10) (fig 1). Matematiske modeller tyder på at universell behandling på sikt vil kunne redusere hivspredningen såpass effektivt at epidemien etter hvert vil stagnere og nærmest elimineres (8).

Flere observasjonelle populasjonsbaserte studier viser dessuten at insidensen av tuberkulose kan reduseres betydelig ved hivbehandling, og i enkelte deler av Afrika er forekomsten av tuberkulose blitt stabilisert eller redusert som en følge av dette (11, 12). Spredning av hiv og tuberkulose går ofte hånd i hånd, og i en alarmerende studie fra Sør-Afrika døde 52 av 53 hivpasienter med ekstremresistent (XDR) tuberkulose

i løpet av få uker (13). Det er derfor svært viktig at spredningen av tuberkulose holdes i sjakk av et intakt immunsystem.

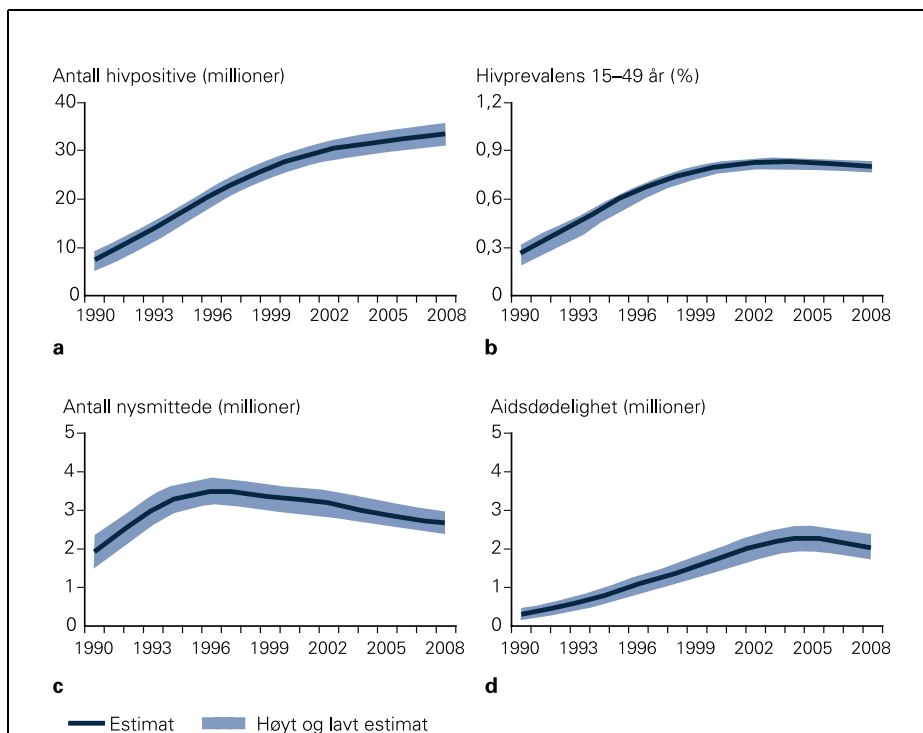
## Nye retningslinjer, tidligere behandling

Likevel er det en lang vei å gå. Mens smittede i vestlige land starter behandling stadig tidligere, får de fleste afrikanere hjelp først når hivinfeksjonen har kommet så langt at de har utviklet aids, med mediant CD4-tall ved behandlingsstart på rundt 100 celler/ $\mu$ l (12). Da er prognosen mye dårligere, det innebærer mye unødvendig lidelse og tap av menneskeliv. I dag får omtrent fire millioner mennesker i fattige land hivmedikamenter, mens det er beregnet at omtrent ni millioner har et umiddelbart behov for dette. I realiteten er dette tallet altfor lavt. Verdens helseorganisasjon anbefaler i sine nye retningslinjer at man starter behandling på et langt tidligere stadium av sykdommen sammenliknet med tidligere anbefalinger (CD4-tall  $\leq$  350 celler/ $\mu$ l) (14), men foreløpig har de færreste utviklingsland hatt kapasitet og økonomi til å følge opp dette.

Et annet problem er at man behandler i blinde. Mens vestlige pasienter følges opp med virustelling og resistenstesting for tidlig å påvise eventuell behandlingssvikt, venter man i Afrika oftest til pasienten blir syk for man skifter regime (12). Kliniske symptomer er imidlertid et sent symptom på svikt – en slik strategi innebærer dermed stor risiko for resistensutvikling hos den enkelte pasient og i befolkningen generelt og for at fremtidig behandling vil være nyteløs (15). Vi og andre har derfor argumentert for at Verdens helseorganisasjon bør sikre bedre oppfølging av de pasientene som får behandling. Dette er det mulig å få til med relativt enkle tester (16).

## Behandling koster, men alternativet er dyrere

Det er helt avgjørende at kampen mot hiv og aids trappes opp i årene fremover. De smittede trenger livsvarig behandling, og medisinene må tas hver dag for å unngå resistensutvikling. Det aller verste som kan skje er derfor uforutsigbarhet i tilgangen på medisiner. Signaler fra de største giverne tyder dessverre på at dette er i ferd med å skje: PEPFAR-budsjettet (President's Emergency Plan for AIDS Relief) er redusert i forhold til de opprinnelige planene



**Figur 1** Selv om totalt antall hivpositive fortsetter å øke (a), har det de siste årene vært en stabilisering i b) prevalens og c) en nedgang i insidens og d) hivrelatert dødelighet. Basert på en oversikt fra UNAIDS (10), gjengitt med tillatelse

(fig 2), og ved flere klinikker i Sør-Afrika har man allerede måttet nekte pasienter nødvendig medikasjon (17). Andre viktige givere som Verdensbanken, UNITAID/Clinton Health Access Initiative og EU reduserer dessuten øremerkede midler til hivbehandling (17). Sannsynligvis bidrar givertretthet, andre prioriteringer og den globale finanskrisen til denne situasjonen.

Kampen mot hiv/aids og tuberkulose er vår tids største globale helseutfordring, og vi kan ikke akseptere at manglende finansiering og mindre entusiasme hos givere nå truer med å undergrave den. Selv om hiv-medikamenter koster, er alternativet dyrere. Det er beregnet at Brasil alene har spart milliarder av kroner på å tilby behandling til hele befolkningen (12), og dette kan på sikt redusere spredningen av hiv såpass effektivt at epidemien stagnerer (8). Dette forutsetter imidlertid en intensiv, fokusert og forpliktende innsats i årene som kommer. Når The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria avholder giverlandskonferanse i oktober, forventer vi derfor at den norske regjering viser ansvarlighet ved å øke sine bidrag betydelig og presser andre land til å gjøre det samme.

#### Marius Trøseid

troseid@hotmail.com

#### Asgeir Johannessen

Leger uten grenser

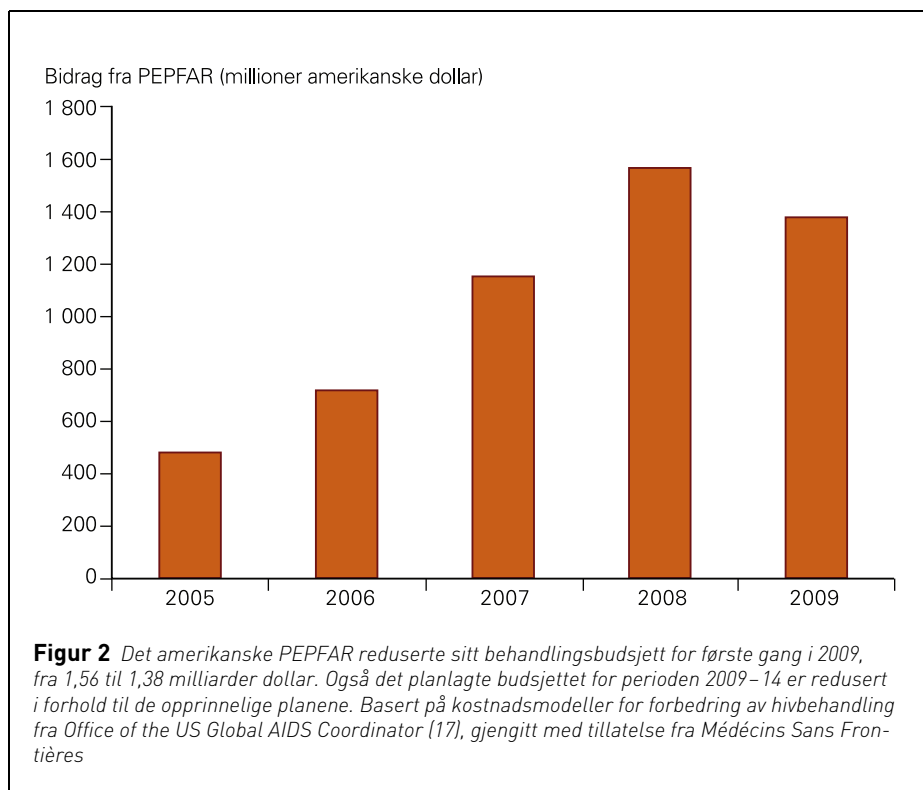
og

Infeksjonsmedisinsk avdeling,  
Oslo universitetssykehus, Ullevål  
0407 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

#### Litteratur

1. Harries AD, Nyangulu DS, Hargreaves NJ et al. Preventing antiretroviral anarchy in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2001; 358: 410–4.
2. Bendavid E, Bhattacharya J. The President's Emergency Plan for AIDS Relief in Africa: an evaluation of outcomes. *Ann Intern Med* 2009; 150: 688–95.
3. del Rio C, Priddy F. Outcomes for patients receiving antiretroviral therapy in the developing world appear to be not much different from those in the developed world. *Clin Infect Dis* 2005; 41: 225–6.
4. Ivers LC, Kendrick D, Doucette K. Efficacy of antiretroviral therapy programs in resource-poor settings: a meta-analysis of the published literature. *Clin Infect Dis* 2005; 41: 217–24.



5. Mills EJ, Nachega JB, Buchan I et al. Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: a meta-analysis. *JAMA* 2006; 296: 679–90.
6. Brinkhof MW, Boule A, Weigel R et al. Mortality of HIV-infected patients starting antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: comparison with HIV-unrelated mortality. *PLoS Med* 2009; 6: e1000066.
7. Auvert B, Males S, Puren A et al. Can highly active antiretroviral therapy reduce the spread of HIV?: a study in a township of South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004; 36: 613–21.
8. Granich RM, Gilks CF, Dye C et al. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet* 2009; 373: 48–57.
9. Sturt AS, Dokubo EK, Sint TT. Antiretroviral therapy (ART) for treating HIV infection in ART-eligible pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; nr. 3: CD008440.
10. UNAIDS. Epidemiology slides: 2009 AIDS epidemic update. [www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/2009\\_epislide.asp](http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/2009_epislide.asp) [29.6.2010].
11. Egger M, Boule A. Population effect of scaling up ART in resource-poor settings. *Lancet* 2008; 371: 1558–9.
12. Ford N, Mills E, Calmy A. Rationing antiretroviral therapy in Africa – treating too few, too late. *N Engl J Med* 2009; 360: 1808–10.
13. Gandhi NR, Moll A, Sturm AW et al. Extensively drug-resistant tuberculosis as a cause of death in patients co-infected with tuberculosis and HIV in a rural area of South Africa. *Lancet* 2006; 368: 1575–80.
14. Rapid advice: antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents. Genève: WHO, 2009.
15. Cozzi-Lepri A, Phillips AN, Ruiz L et al. Evolution of drug resistance in HIV-infected patients remaining on a virologically failing combination antiretroviral therapy regimen. *AIDS* 2007; 21: 721–32.
16. Johannessen A, Trøseid M, Calmy A. Dried blood spots can expand access to virological monitoring of HIV treatment in resource-limited settings. *J Antimicrob Chemother* 2009; 64: 1126–9.
17. Médécins Sans Frontières. No time to quit: HIV/AIDS gap widening in Africa. [www.msf.org/source/countries/africa/southafrica/2010/no\\_time\\_to\\_quit/HIV\\_Report\\_No\\_Time\\_To\\_Quit.pdf](http://www.msf.org/source/countries/africa/southafrica/2010/no_time_to_quit/HIV_Report_No_Time_To_Quit.pdf) [9.8.2010].

Manuskriptet ble mottatt 20.6. 2010 og godkjent 1.7. 2010. Medisinsk redaktør Siri Lunde