

## Når skal antiretroviral hivbehandling startes?

Tidlig kombinert antiretroviral behandling ved hivinfeksjon utsetter utvikling av aids, men gir ikke signifikant lavere dødelighet.

I de fleste retningslinjer for hivinfeksjon anbefales kombinert antiretroviral behandling når CD4-tallet synker under 0,35 per mikroliter.

En internasjonal studiegruppe har analysert data fra 12 kohorter ved hivklinikker i Europa og USA med til sammen 20 971 hivinfiserte personer, alle med CD4-tall over 0,5 per mikroliter og uten tegn til aids ved inklusjon (1). CD4-tallet sank til 0,2–0,499 i løpet av studieperioden hos 8 392 personer. Sammenliknet med dem som startet antiretroviral behandling når CD4-tall nådde 0,5, var hasardratio for død 1,01 (95 % KI 0,84–1,22) og 1,20 (KI 0,97–1,48) for dem som startet slik behandling først når CD4-tallet sank til henholdsvis 0,35 og 0,2. Tilsvarende hasardratio for død eller utvikling av aids samlet var henholdsvis 1,38 (KI 1,23–1,56) og 1,90 (KI 1,67–2,15).

– Denne studien gir verdifull informa-

sjon, men ikke noe sikkert svar om hva som er optimalt starttidspunkt for antiretroviral behandling ved hivinfeksjon, sier professor Johan Bruun ved Infeksjonsmedisinsk seksjon, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø. Tidlig behandling utsetter utvikling av aids, men ser ikke ut til å redusere dødeligheten i særlig grad.

En svakhet ved denne typen kohortstudier er at mange pasienter diagnostiseres på grunnlag av symptomer på begynnende immunsvikt, noe som kan gi en seleksjonsskjevhet i retning av forverret prognose, sier Bruun. I Norge følger vi retningslinjene fra Verdens helseorganisasjon, som anbefaler behandlingsstart når CD4-tallet synker under 0,35. I amerikanske retningslinjer anbefales behandlingsstart allerede ved CD4-tall under 0,5.

**Petter Gjersvik**  
petjense@online.no  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. The HIV-CAUSAL Collaboration. When to initiate combined antiretroviral therapy to reduce mortality and AIDS-defining illness in HIV-infected persons in developed countries. An observational study. *Ann Intern Med* 2011; 154: 509–15.

## Ny æra i behandlingen av hepatitt C?

Å legge til proteasehemmeren boceprevir ved behandling av hepatitt C omtales som et stort terapeutisk gjennombrudd.

Behandlingen av hepatitt C-virusinfeksjoner er blitt mer effektiv de siste årene. Likevel oppnår mindre enn halvparten av pasientene med genotype 1-infeksjoner varig respons etter behandling med pegylert interferon og ribavirin. To nye studier har nå vist meget lovende resultater av tilleggsbehandling med proteasehemmeren boceprevir (1, 2).

Begge studiene omfattet fire ukers innledende behandling med pegylert interferon og ribavirin for å redusere virusmengden og dermed forebygge resistensutvikling mot boceprevir. Blant tidligere ubehandlede pasienter ga behandling med pegylert interferon og ribavirin alene i 44 uker varig respons hos 40 %. Med boceprevir som tilleggsbehandling i 24 og 44 uker økte andelen til henholdsvis 67 % og 68 % (1). I den andre studien førte 44 ukers behandling med pegylert interferon og ribavirin til varig respons hos 21 % blant pasientene med tidligere behandlingssvikt, mens tillegg av boceprevir i 34 og 44 uker ga respons hos henholdsvis 59 % og 66 % (2).

– Dette er viktige og gode studier, sier overlege Svein Arne Nordbø ved Avdeling for medisinsk mikrobiologi, St. Olavs hospital. Selv om begge studiene viste en svært god tilleggs effekt av boceprevir, er det grunn til å merke seg at mange av pasientene utviklet anemi, sier han.

En tilleggsbehandling med fire kapsler tre ganger daglig over lang tid er dessuten en praktisk utfordring, sier Nordbø.

**Geir Jacobsen**  
geir.jacobsen@ntnu.no  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Poordad F, McCone J jr, Bacon BR et al. Boceprevir for untreated chronic HCV genotype 1 infection. *N Engl J Med* 2011; 364: 1195–206.
2. Bacon BR, Gordon SC, Lawitz E et al. Boceprevir for previously treated chronic HCV genotype 1 infection. *N Engl J Med* 2011; 364: 1207–17.

## VERDENS HELSE

### Høy perinatal mortalitet

**FNs tusenårs mål nr. 4 er å redusere barnedødeligheten med 2/3 fra 1990 til 2015. Skal man oppnå dette, må dødsfall i nyfødtp perioden reduseres.**

På verdensbasis dør mer enn hvert tiende barn før fylte fem år. Vanlige anslag tilsier at 40 % av disse dødsfallene skjer i perinatalperioden. Flere nye studier bekrefter høy perinatal mortalitet: I en studie fra Bangladesh var den 60 per 1 000 svangerskap (1), i en annen studie fra Zambia var den 49 per 1 000 (2) og i en ugandisk studie var den 41 per 1 000 (3). I disse studiene regnet man med dødfødsler og dødsfall innen sju (Uganda) eller 28 dager (Bangladesh og Zambia) etter fødsel.

Særlig rett etter fødselen er dødeligheten høy. I studien fra Bangladesh døde 2,8 % (862 av 30 899) av alle levendefødte innen én uke, i Zambia døde 2,4 % (81 av 3 421) første uke, mens tilsvarende tall i Uganda var 2,2 %. En liknende studie fra Burkina Faso (4) viste tidlig neonatal mortalitet på 2,7 % (23 av 864 levendefødte).

Enkelte grupper har ekstra høy risiko. I studien fra Burkina Faso (4) var f.eks. neonatal mortalitet blant tvillinger så høy som 289 per 1 000 levendefødte (11 av 38). Studien fra Uganda (3) viste at førstegangs-

fødende hadde sjudoblet risiko for dødfødsel. Samme studie viste dessuten at ingen av de perinatale dødsfallene rammet barn av mødre som sov under myggnett.

**Kristoffer Brodwall**  
kristoffer.brodwall@gmail.com  
Barneklivnikken  
Haukeland universitetssykehus

### Litteratur

1. Ellis M, Azad K, Banerjee B et al. Intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths in rural Bangladesh: a prospective, community-based cohort study. *Pediatrics* 2011; 127: e1182–90.
2. Gill CJ, Phiri-Mazala G, Guerina NG et al. Effect of training traditional birth attendants on neonatal mortality (Lufwanyama Neonatal Survival Project): randomised controlled study. *BMJ* 2011; 342: d346.
3. Nankabirwa V, Tumwine JK, Tylleskär T et al. Perinatal mortality in Eastern Uganda: a community based prospective cohort study. *PLoS One* 2011; 6: e19674.
4. Diallo AH, Meda N, Ouédraogo WT et al. A prospective study on neonatal mortality and its predictors in a rural area in Burkina Faso: Can MDG-4 be met by 2015? *J Perinatol* 2011; doi: 10.1038/jp.2011.6.