



Ketil Slagstad (f. 1983) er medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Foto: Sturlason

Menn som har sex med menn er mer utsatt for hivsmitte. Preeksponeringsprofylakse kan bli et virkemiddel i kampen mot økte smittetall

Frihet i en pille?

I Norge har holdningsskapende kampanjer og satsing på kondom vært bærebjelker i det forebyggende arbeidet mot hiv blant menn som har sex med menn. Internasjonalt er dette i endring. Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler at personer med høy risiko for hivsmitte, deriblant grupper av menn som har sex med menn, bør tilbys preeksponeringsprofylakse, basert på individuell risiko (1). Preparatet består av to komponenter, tenofovir og emtricitabine, som allerede benyttes i behandlingen av hiv i Norge under navnet Truvada (2). Medikamentene ble godkjent for indikasjonen preeksponeringsprofylakse i USA i 2012 og blir nå også godkjent i Frankrike (3). Man forventer at Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet snart kommer med en anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet om hvorvidt dette også bør innføres i Norge.

Det er godt dokumentert at preeksponeringsprofylakse er effektivt mot smitte. En studie fra 2010 med nesten 2 500 deltagere viste 44 % reduksjon av antall hivtilfeller etter median 1,2 år, når daglig preeksponeringsprofylakse ble sammenlignet med placebo (4). De av deltagerne som tok medikamentet regelmessig, hadde en beskyttende effekt på 92 %. I en nyere studie ble 414 menn som rapporterte regelmessig analsex uten kondom med andre menn randomisert til preeksponeringsprofylakse eller placebo før og etter samleie (5). Profylaksegruppen hadde etter median ni måneder en relativ risikoreduksjon for hivsmitte på 86 %. En Cochrane-oversikt fra 2012 bekreftet at profylakse reduserer smitterisiko i en høyrisikopopulasjon (6).

En bekymring har vært bivirkninger av medisinen, som nyresvikt og tap av beinmasse (2). Nyresvikten ser ut til å være reverserbar når man slutter med medikamentet (7). Spørsmålet om resistensutvikling av hivvirus hos pasienter som blir smittet mens de bruker profylakse, er ikke avklart. En annen bekymring har vært om preeksponeringsprofylaksen vil medføre en oppblomstring av andre seksuelt overførbare infeksjoner, siden man da ville droppe kondomet. En studie tilbakeviste imidlertid frykten for såkalt risikokompensasjon – de som trodde de fikk preeksponeringsprofylakse, hadde ikke mer sex uten kondom (8). Det er likevel ikke klart hvordan preeksponeringsprofylaksen vil påvirke kondombruken i det lange løp i det virkelige liv. Muligens vil det kunne være et alternativ for personer som uansett ikke ønsker å bruke kondom.

Et sentralt punkt er hvor mange som skal tilbys behandling, og om den eventuelt skal tas inn i blåreseptordningen. I en studie ble det funnet at én av fire menn som har sex med menn i USA – ut fra retningslinjer – burde tilbys preeksponeringsprofylakse (9), men det faktiske antallet i en norsk populasjon er usikkert. Vi vil trenge en kostnad-nytte-analyse, og utgiftene må ses opp mot kostnadene knyttet til behandling av en hivpositiv person livet ut.

Preeksponeringsprofylakse har skapt kontroverser, også innad i homomiljøet (10). Menn som velger å bruke profylaksen, er blitt stigmatisert som løsslupne og ansvarsløse, selv om det jo nettopp er ansvar man viser gjennom å ville beskytte seg. Retorikken er velkjent: Kvinner ble i sin kamp for seksuell frigjøring gjennom p-pillen stigmatisert på lignende vis. For hvorfor kan man ikke bare bruke kondom? Det kan være mange grunner til at kondomet dropes, for eksempel rus, redsel for ereksjonssvikt, usikkerhet eller tilfitt til at partneren er hivnegativ. Om analsex uten kondom – «bare-backing» – er en sentral del av seksuell tenning og nytelse, bør vi kunne snakke åpent og fordomsfritt om dette. Folk velger å leve sine liv forskjellig – også når det gjelder hvilken risiko man er villig til å ta.

Kondom, tidlig smitteoppsporing, behandling av andre seksuelt overførbare infeksjoner og tidlig behandling av hivinfeksjon vil fortsatt være bærebjelker i arbeidet for å hindre smitte. Men for å nå ut til alle må vi erkjenne at den enkelte kan treffe informerte valg på bakgrunn av individuell risiko. Dette bør gjenspeiles i et mangfold i de forebyggende tiltakene. Her kan preeksponeringsprofylakse komme til å spille en viktig rolle.

Litteratur

1. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. September 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf?ua=1 [6.12.2015].
2. Truvada. Felleskatalogen. <http://felleskatalogen.no/medisin/truvada-gilead-564879> [4.12.2015].
3. Cairns G. France approves PrEP. <http://aidsmap.com/page/3016707/> [4.12.2015].
4. Grant RM, Lama JR, Anderson PL et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med* 2010; 363: 2587–99.
5. Molina JM, Capitant C, Spire B et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med* 2015; 373: 2237–46.
6. Okwundu CI, Uthman OA, Okoromah CA. Antiretroviral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for preventing HIV in high-risk individuals. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 7: CD007189.
7. Solomon MM, Lama JR, Glidden DV et al. Changes in renal function associated with oral emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate use for HIV pre-exposure prophylaxis. *AIDS* 2014; 28: 851–9.
8. Marcus JL, Glidden DV, Mayer KH et al. No evidence of sexual risk compensation in the iPrEx trial of daily oral HIV preexposure prophylaxis. *PLoS ONE* 2013; 8: e81997.
9. Smith DK, Van Handel M, Wolitski RJ et al. Vital Signs: Estimated Percentages and Numbers of Adults with Indications for Preexposure Prophylaxis to Prevent HIV Acquisition — United States, 2015. http://cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6446a4.htm?s_cid=mm6446a4_w [17.12.2015].
10. Staley P. Gay-on-Gay Shaming: The New HIV War. http://huffingtonpost.com/peter-staley/gay-on-gay-shaming-the-new-hiv-war_b_4856233.html [6.12.2015].

 Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no