

HIV og alnæmi 30 árum síðar

Magnús
Gottfredsson

sérfræðingur í
smitsjúkdómum
á Landspítala
og prófessor við
læknadeild Háskóla
Íslands
magnusgo@landspitali.is



Sumarið 1981 birtust tvær stuttar greinar sem létu lítið yfir sér þar sem lýst var nokkrum tilfellum af sérkennilegri sýkingu, *Pneumocystis carinii* (nú *P. jiroveci*) lungnabólgu hjá ungum karlmönnum í Kaliforníu og New York.^{1,2} Aðeins einu ári síðar hafði áþekkingu tilfelli fylgjað gríðarlega. Menn gerðu sér grein fyrir að vandamálið væri nýtt, víðtæk ónæmsbilun sem fékk sjúkdómsheitið AIDS, eða alnæmi á íslensku. Árið 1983 var HIV fyrst lýst og í kjölfarið varð ljóst að um heimfaraldur var að ræða. Útbreiðslan var hröð þótt sjúkdómseinkennum kæmu seint fram. Fyrstu ár alnæmisfaraldursins einkenndust af tilfinningaþrunginni umræðu, óvissu og úrræðaleyfi. Sjúkdómurinn var illviðráðanlegur og dró fólk til dauða fyrir aldur fram. Nú er talið að rúmlega 33 milljónir jarðarbúa séu HIV-smitaðir og að tvær milljónir deyi árlega af völdum veirunnar. Þrátt fyrir þessar nóturlegu staðreyndir hafa framfarir í lyfjameðferð gegn HIV verið gríðarlegar undanfarnar 15 ár. Samsett meðferð með and-retroveirulyfjum hefur stórbætt horfur þeirra sem greinast. Nýir lyfjaflokkar hafa komið fram á sjónarsviðið. Mörg hinna nýju lyfja beinast að skotmörkum í HIV sem áður voru utan seilingar, svo sem integrasa og kemokín-víðtökum. Þessu til viðbótar hafa nú í fyrsta sinn birst jákvæðar vísbendingar um bóluefni. Á forsíðu hins vinsæla tímarits *The Economist* í sumar var velt vöngum yfir mögulegum endalokum alnæmisfaraldursins, eða „The end of

AIDS?“ sem er lýsandi fyrir þá bjartsýni sem nú ríkir.

Smitleiðir HIV eru flestum kunnar, en þær eru óvarin kynmök, smit frá móður til barns og snerting við sýkta vefi eins og við blóðgjöf eða hjá sprautufíklum sem deila nálum. Vægi smitleiðanna er þó mismunandi eftir löndum og tíma-bilum. Hlutdeild innflytjenda meðal nýgreindra HIV-smitaðra á Norðurlöndunum hefur aukist undanfarnar áratug. Einnig eru sterkar vísbendingar um að HIV sé í sókn meðal samkynhneigðra karlmanna í nágrannalöndum okkar. Á hinn bóginn hefur nýgengi meðal sprautufíkla verið á niðurlægi í Evrópu, en sprautufíklar eru þar <5% nýrra tilfella að jafnaði. Meðaltalstölur segja þó ekki alla söguna. Útbreiðsla HIV er hröð þegar veiran berst í hóp fíkniefnaneytenda. Nágrannar okkar, bæði Svíar og Finnar, hafa bitra reynslu af slíkum faröldrum, en bitrust er þó reynsla Eista, þar sem 60-90% allra sprautufíkla smituðust af HIV á skömmum tíma. En hver er staðan á Íslandi? Til skamms tíma var HIV ekki vandamál meðal sprautufíkla hér, en það hefur breyst hratt undanfarna mánuði. Árið 2010 bættust 24 einstaklingar í hóp HIV-smitaðra hérlendis, fleiri en nokkru sinni. Margt bendir til að það met verði jafnað eða jafnvel slegið árið 2011. Flestir hinna nýgreindu einstaklinga eru sprautufíklar sem sprautu sig með örvandi efnum í æð, svo sem amfetamíni eða metýlfenídati (ritalíni). Á göngudeild smitsjúkdóma á Landspítala er hlutfall sprautufíkla meðal HIV-smitaðra þegar komið yfir 20%, sem er hærra hlutfall en bæði í Stokkhólmi og Helsinki. Þeir sem misnota metýlfenídat eru oft stjórnlauisir í sinni neyslu og hvatvísir, sem veldur því að þeir sprautu sig mun oft en aðrir fíklar. Þeir eru síður líklegir til að nota hreinar nálar því að vímuástand þeirra brenglar áhættumat. Reynsla Finna bendir og til þess að meirihluti sprautufíkla stundi óvarið kynlíf þrátt fyrir HIV-smit, og auki þannig útbreiðsluna enn frekar. Hvert nýtt tilfelli er afar kostnaðarsamt

fyrir heilbrigðiskerfið, um 1 milljón evra, eða nálægt 160 milljónum króna. Því er mikilvægt að hefta útbreiðsluna með öllum tiltækum ráðum. Hvað felst í því? 1) Bæta þarf aðgengi fíkla að ókeypis sprautum og nálum. Hér hefur aðgengi verið allgott, en betur má ef duga skal. Reynsla annarra þjóða sem glímt hafa við svipaðan vanda mælir eindregið með því. 2) Bæta þarf aðgengi sprautufíkla að félags- og heilbrigðisþjónustu og veita þjónustuna í nærumhverfi þeirra. 3) Auka þarf fræðslu um gagnsemi smokka og gera þá aðgengilegri. Smokkar ættu að vera fáanlegir án endurgjalds á skemmtistöðum, í framhaldsskólum og stöðum þar sem líkur eru á að stundað sé óvarið kynlíf, svo sem í fangelsum. 4) Auka þarf árvekni lækna og hvetja þá til að taka oftari HIV-próf hjá skjólstæðingum sínum. Bæði hérlendis og á hinum Norðurlöndunum gerist það enn að sjúklingar greinast fyrst með HIV er sjúkdómurinn hefur náð lokastigi. Prófa ætti alla fíkla, þá sem lifa óvörðu kynlífi og eru í fangelsum. 5) Draga úr smithættu með lyfjameðferð. Lyfjameðferð gegn HIV hefur stórbætt og það má velja því fyrir sér hvort ávinningur væri af því að hefja meðhöndlun þótt hefðbundnum meðferðarskilmærkjum hafi ekki verið náð. 6) Sporna gegn ofnotkun og misnotkun örvandi lyfja, aðallega metýlfenídat.

Vandamálið mun ekki hverfa, en við getum dregið úr umfangi þess. Slík viðbrögð eru besta fjárfestingin til framtíðar.

1. Centers for Disease Control (CDC). Pneumocystis pneumonia - Los Angeles. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1981; 30: 250-2.
2. Centers for Disease Control (CDC). Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men - New York City and California. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1981; 30: 305-8.

HIV and AIDS 30 years later

Magnús Gottfredsson, MD, PhD, FACP, Consultant in Infectious Diseases, Professor of Medicine, University of Iceland, Faculty of Medicine