

<https://helda.helsinki.fi>

HIV-altistuksen jälkeinen profylaksi : Suomeen tarvitaan yhtenäinen käytäntö

Ristola, Matti

2019

Ristola , M 2019 , ' HIV-altistuksen jälkeinen profylaksi : Suomeen tarvitaan yhtenäinen käytäntö ' , Duodecim , Vuosikerta. 135 , Nro 5 , Sivut 421-422 . <
<https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo14812> >

<http://hdl.handle.net/10138/300601>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

Matti Ristola

Suomeen tarvitaan yhtenäinen käytäntö

HIV-altistuksen jälkeinen profylaksi

Maailman terveysjärjestö WHO suosittelee tartuntaa ehkäisevää (post-exposure prophylaxis, PEP) lääkitystä silloin, kun henkilö on altistunut HI-virukselle mahdollisesti tartuntaan johtavalla tavalla suojaamattoman yhdynnän, seksuaalisen väkivallan tai ruiskuhuumeiden käytön seurauksena (1). WHO kehottaa käyttämään kolmea lääkeainetta suun kautta 28 vuorokauden ajan ja aloittamaan PEP-lääkityksen 72 tunnin kuluessa altistumisesta. Periaate on järkevä yksilön ja yhteiskunnan kannalta, koska HIV-infektioon ei ole saatavana ehkäisevää rokotetta eikä parantavaa hoitoa. HIV-tartunnan seurauksena syntyy krooninen infektio, jota hoidetaan jatkuvalla lääkityksellä muutoin kuolemaan johtavan taudinkulun estämiseksi.

Työhön liittyvistä biologisista uhista on säädetty EU-direktiivissä (2010/32) ja Suomessa asetuksella (317/2013). Näihin määräyksiin sisältyy myös HIV-altistuksen jälkeen annettava estolääkitys. Neulanpistotapaturmista on tuore suomalainen katsaus (2).

PEP-lääkityksen käyttö ja käytännöt HIV-tartunnan ehkäisemiseksi perustuvat koeläimillä tehtyihin tutkimuksiin ja tapaus-verrokkitutkimukseen, jossa osoitettiin, että ihon lävistävän HIV-positiivisen verialtistuksen jälkeen neljän viikon kestoisen lääkitys yhdellä lääkkeellä suojasi altistunutta henkilöä merkittävästi HIV:n tarttumiselta (3,4). Näiden tutkimusten perusteella PEP-lääkityksen suojateho on 80–90 %. On otaksuttavissa, että nykyisen, kolmella lääkeaineella optimaalisesti toteutetun PEP-lääkityksen suojateho on parempi. Uusien kontrolloitujen tutkimusten suorittaminen ei ole mahdollista eettisistä syistä.

PEP-lääkityksen antamista harkittaessa on arvioitava, onko altistus sellainen, että HIV voi tarttua. Terveystieteiden ulkopuolella HIV-tartunnan riski liittyy perinataalivaihetta lukuun ottamatta tavallisesti seksin harrastamiseen tai ruiskuhuumeiden käyttöön. Kondomi suojaa tehokkaasti HIV:n tarttumiselta,

jos sitä käytetään koko yhdynnän ajan ja se säilyy ehjänä (5). Tuoreessa katsauksessa arvioitiin, että kondomilla suojaamaton emätinyhdyntä HIV-lääkkeitä käyttämättömän HIV-infektiota sairastavan henkilön kanssa aiheuttaa mie-

helle tartuntariskin 4/1 000 yhdyntäkertaa ja naiselle tartuntariskin 8/1 000 yhdyntäkertaa. Seksien harrastamiseen liittyvä HIV-tartunnan riski ilman kondomia on suurin peräaukkoyhdynnän passiivisella osapuolella, 138/1 000 yhdyntäkertaa (6).

Suojaamattoman suuseksin aiheuttama tartuntariski on niin pieni, että riskin määrittäminen ei ole mahdollista (6). Pistovälineiden jakamisen HIV-infektoituneen kanssa aiheuttama riski on 63/1 000 tapahtumaa (6). Pureminen, muut limakalvoaltistukset ja HIV-positiivisen veren joutuminen rikkoutuneelle iholle aiheuttavat niin vähäisen tartuntavaaran, ettei riskisuhdetta pystytä arvioimaan (6).

HIV-positiivisen henkilön HIV-lääkityksen onnistuminen estää tartunnan (7,8). Suojaamattoman yhdynnän jälkeen tarvitaan suoja-lääkitystä, jos HIV-positiivisen henkilön anti-retroviraalisen lääkityksen aloittamisesta tai plasman HIV-pitoisuuden pysymisestä alle 200 kopiassa millilitraa kohden on vähemmän kuin kuusi kuukautta.

Seksikumppanin tai ruiskuhuumeiden käyttäjän HIV-status ei usein ole tiedossa. Valta-

kunnallisen tartuntatautirekisterin mukaan suomalaisista alle 0,1 % on HIV-positiivisia. Suomalaisista ruiskuhuumeiden käyttäjistä alle 1 % on HIV-positiivisia (Henrikki Brummer-Korvenkontio, julkaisematon havainto). Siten Suomessa pelkkä tieto suojaamattomasta yhdynnästä tai pistovälineiden jakamisesta ei ole riittävä peruste PEP-lääkitykselle. PEP-lääkityksen aloittaminen voi kuitenkin olla perusteltua, vaikka altistuksen lähteen HIV-statusta ei tiedetä, jos kyseessä on miestenvälinen tai kaupallinen seksi tai lähde on kotoisin maasta, jossa HIV:n esiintyvyys on suuri.

Nykyisin suositellaan PEP-lääkitystä kolmen HIV-lääkkeen yhdistelmällä, johon käytetään kahta nukleosidijohdosta, tavallisimmin tenofoviiridisoproksiilia ja emtricitabiinia kerran vuorokaudessa sekä kolmantena lääkkeenä HIV-integraasin estäjää, tavallisimmin raltegraviiria kahdesti vuorokaudessa (9). Näillä lääkkeillä on vähän yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa, ja ne ovat hyvin siedettyjä. Lääkityksen kesto on 28 vuorokautta. PEP-lääkitys on aloitettava 72 tunnin kuluessa HIV-altistuksesta, ja teho on sitä parempi, mitä nopeammin lääkitys aloitetaan (1). Hyksin infektiosairauksien linjan lääkärin verkkosivustolla on yksityiskohtaiset ohjeet PEP-lääkityksen toteuttamisesta ja tarvittavista laboratoriokokeista (10).

Kaikkia HIV-tartuntoja ei voida estää PEP-lääkityksellä, joka on täydentävä menetelmä tartuntojen ehkäisemiseksi. PEP-lääkityksen käyttö on kustannus- ja turvallisuussyistä rajattava tilanteisiin, joissa HIV-tartunnan riski on merkittävä. Hyksin verkko-ohjeistossa on vuokaavio, jonka avulla PEP-lääkityksen tarvetta voidaan arvioida HIV:lle altistumisen jälkeen (10).

PEP-lääkityksen tarpeen arviointi luo myös tilanteen keskustella altistuneen kanssa riskikäyttäytymisestä ja arvioida mahdollisten interventioiden, kuten ennen HIV:lle altistumista käytettävän estolääkityksen (pre-exposure prophylaxis, PrEP) tarvetta.

Toisin kuin läntisissä naapurimaissamme, Suomesta on puuttunut kansallinen ohje PEP-lääkityksen käytöstä seksin harrastamiseen liittyvien HIV-altistuksien yhteydessä. Kansallinen ohje on tarpeen PEP-hoidon kansallisen saatavuuden yhtenäistämiseksi. Ruotsissa ohjeen

on antanut Lääkäriliiton työryhmä ja Norjassa Kansanterveyslaitos. PEP-lääkityksen käytöstä Suomessa ei ole valtakunnallisia tilastoja. Suomessa PEP-lääkitystä tarvitaan vuosittain todennäköisesti muutamalle sadalle ihmiselle.

Nykyinen sairaala-apteekkien lääkehankintojen kilpailutus on johtanut huomattaviin HIV-lääkkeiden hintojen alennuksiin, minkä vuoksi on järkevintä ja tasa-arvoisinta järjestää PEP-lääkkeet tartuntatautilääkkeinä sairaala-apteekkien kautta. Tämä järjestely turvaisi alueellisen tasa-arvoisuuden PEP-lääkityksen saamisessa, jonka on tapahduttava mahdollisimman nopeasti altistuksen jälkeen. PEP-lääkitys on osa kansainvälisesti hyväksyttyä tartuntatautiin torjuntatyötä, ja siksi altistuneen taloudellinen tilanne ei saa vaikuttaa siihen, mikä tulee turvata lainsäädännössäkkin. ■



MATTI RISTOLA, LKT, dosentti, erikoislääkäri
HYKS Tulehduskeskus,
infektiosairauksien linja

SIDONNAISUUDET

Luento-/asiantuntijapalkkio (AbbVie, Gilead, GSK / Viiv, Janssen-Cilag, MSD, Sanofi-Pasteur-MSD)

KIRJALLISUUTTA

1. Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: recommendations for a public health approach: December 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Geneva: World Health Organization 2014. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_dec2014/en/.
2. Anttila VJ. Neulanpistotapatarmat. *Duodecim* 2019;135:175–81.
3. Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, ym. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *N Engl J Med* 1997;337:1485–90.
4. Irvine C, Egan KJ, Shubber Z, ym. Efficacy of HIV postexposure prophylaxis: systematic review and meta-analysis of nonhuman primate studies. *Clin Infect Dis* 2015;60(Suppl 3):S165–9.
5. Bekker LG, Beyrer C, Quinn TC. Behavioral and biomedical combination strategies for HIV prevention. *Cold Spring Harb Perspect Med* 2012;2:pii007435.
6. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, ym. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. *AIDS* 2014;28:1509–19.
7. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, ym. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2011;365:493–505.
8. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, ym. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA* 2016;316:171–81.
9. Ford N, Shubber Z, Calmy A, ym. Choice of antiretroviral drugs for postexposure prophylaxis for adults and adolescents: a systematic review. *Clin Infect Dis* 2015;60(Suppl 3):S170–6.
10. Ristola M, Sutinen J, Aho I, ym. Antiretroviraalisen hoidon ohjeistus (ARVO). HIV-altistuneen lääkkeellinen estohoito ei-ammattillisen altistustapahtuman jälkeen (nPEP). Helsinki: HYKS-Instituutti. <http://arvosta.fi/hiv-altistuneen-laakkeellinen-estohoito-ei-ammattillisen-altistustapahtuman-jalkeen-npep/>.