

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 kestoinen 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. Seksin 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-infektioituneen 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 lääkäreiden 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 tartuntatautien torjuntatyötä, ja siksi altistuneen taloudellinen tilanne ei saa vaikuttaa siihen, mikä tulee turvata lainsäädännössäkin. ■



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

SIDONNAISUUDET

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

KIRJALLISUUTTA

- 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/.
- Anttila VJ. Neulanpistotapaturmat. Duodecim 2019;135:175–81.
- 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.
- 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.
- Bekker LG, Beyrer C, Quinn TC. Behavioral and biomedical combination strategies for HIV prevention. Cold Spring Harb Perspect Med 2012;2:pii007435.
- Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, ym. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. AIDS 2014;28:1509–19.
- Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, ym. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. N Engl J Med 2011;365:493–505.
- 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.
- 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.
- 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/>.