

Hiv och graviditet-var står vi nu?

Susanne Lindgren, Överläkare, Kvinnokliniken
Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

Förutsättningar för god handläggning under graviditet

- aktuell kunskap med nationella riktlinjer respektive bakgrund finns på RAV/LVs och INF-PREGs hemsidor
- ett nära samarbete lokalt mellan infektions-klinik, mödravård-kvinnoklinik och barnklinik
- rutiner för omhändertagande

Medicinsk bakgrundskunskap 2009

- kvinnans hiv-infektion har ej visats påverkas av graviditet
- utan förebyggande åtgärder är risken för överföring av hiv till barnet ca 25% och amning medför en tilläggsrisk på minst 10%
- proportionerna i överföringsrisk är ca 1/4 under graviditeten och ca 3/4 strax före eller vid förlossning - utan amning
- amning är ej tillåten i Sverige sedan 1986
- zidovudin enligt ACTG 076-studien 1994 är basen i den förebyggande behandlingen för att minska mor-barn-smitta
- den består av per oral beh av kvinnan under graviditet, iv-infusion vid förlossning samt 4 v beh av barnet och medför en 3-faldig minskning av överföringsrisken från ca 25% till 7-8%
- beh med enbart zidovudin innebär risk för framtida resistensproblematik -och rekommenderas därför ej längre i Sverige

Forts. bakgrundskunskap 2009

- kombinationsbehandling rekommenderas därför även under graviditet oavsett om det endast är för att minska risken för hiv-överföring till barnet eller om kvinnan också behöver egen behandling
- risken för överföring halveras efter kejsarsnitt före värkar och vattenavgång- även vid låga virusnivåer,
- när antiviral kombinationsbehandling givits och virusnivån i plasma är <ca 20-40 kopior/ml, så kallad odetekterbar nivå, har elektivt kejsarsnitt okänd tilläggseffekt
- med kombination av enbart zidovudin och planerat kejsarsnitt nåddes 2-5% överföringsrisk (ingen amning)
- med antiviral kombinationsbehandling och icke detekterbar virusmängd i kvinnans blod är risken för att barnet ska bli hiv-infekterat <1% (ingen amning)
- pga god prognos för kvinnan själv och låg överföringsrisk väljer få kvinnor/par att avbryta graviditeten enbart av hiv-skäl

Mor-barn transmission av hiv-1 i Sverige - barn följda prospektivt från födelsen

■ Födelseår		Antal	Infekterade	%
■	<hr/>			
■ 1985 - 1993	85	21	25	
■ 1994 - 1998	87	5	5.7	
■ 1999 - 2006	263	1	0.4	
<hr/>				
■ Total	435	27	6	

Mödravårdens ansvar

- erbjudande av hiv-test vid varje graviditet så tidigt som möjligt
- vid hög risk för nysmitta under graviditeten erbjuda förnyad hiv-test
- vid ny hiv-diagnos på MVC är det särskilt viktigt med inarbetade rutiner för att ge:
- personligt besked om hiv-diagnosen med bra psykologiskt omhändertagande av kvinnan/paret
- ordna snabb tid på infektionskliniken för mer information och ny hiv-provtagning och krisbearbetning
- ordna snabbt överförande av kvinnan till Specialist-mödravård

Kontroller under graviditet

- labkontroller av CD4- och virusnivåerna i varje trimester och vid förlossning, samt av hepatit B och C och STI
- kvinnans tidigare läkemedelsbehandling behålls om den är välfungerande och inga rapporter finns om negativa effekter på foster/barn
- start av kombinationsbehandling i grav-v 16-20 som smittreduktion till barnet hos tidigare obehandlad kvinna
- om nyupptäckt och eget beh-behov helst start efter grav-v 12
- tidig u-ljudsdatering för insättande av läkemedel och/eller KUB relativt ofta pga ålder
- helst ingen invasiv fosterdiagnostik pga risk för hiv-överföring-men vid beh och utan virus i plasma sannolikt OK
- sedvanligt daterings/missbildnings-u-ljud i grav-v 18-20, samt extra ultraljud vid behov efter sedvanlig obstetrisk bedömning
- rgb besök hos gynekolog, bm, infektionsläkare, inf-sjuksköterska och ofta också hos kurator - samt om möjligt information av barnläkare om uppföljning av barnet och om hiv-infektion hos barn

Förlossning och eftervård

- rekommendationen i Sverige är elektivt kejsarsnitt 2-3 v före BP-och peroperativ antibiotika-profylax vid dåligt immunstatus
- vid samtidig infektion med hepatit C är överföringsrisken av hepatit C starkt ökad- och risken minskas påtagligt för detta om planerat kejsarsnitt görs
- zidovudin ges iv vid förlossning- samt ges oftast tillägg av nevirapin om kvinnan har detekterbart virus vid senaste blodprov före förlossningen trots hiv-behandling
- vaginal förlossning kan vara OK om det är kvinnans starka önskemål, inga obstetriska kontraindikationer finns, med kombinationsbehandling och då inget detekterbart virus har konstaterats vid upprepade prover i 3e trimestern
- invasiva ingrepp på barnet ska undvikas och hygienrutiner för blodsmitta ska följas oberoende av förlossningssätt
- amningsnedläggning med Dostinex ges snarast efter barnets födelse-men lång tid av psykologisk förberedelse har ofta behövts innan dess

Uppföljning av mor och barn

- efterkontroll rekommenderas ca 2-3 mån efter förlossningen med samtal om upplevelserna av mödravården, förlossningen, den aktuella situationen och preventivmedels-diskussion och framtida familjeplanering-i relation till hiv
- årlig cellprovskontroll från livmoderhalsen rekommenderas för att minska risken för cervix-cancer
- då barnet ska följas både på inf/barnklinik och på BVC bör information om kvinnans hiv-infektion överföras till BVC gärna före förlossningen- och hjälp med att berätta om detta kan ges från hiv-teamet om kvinnan önskar det
- relativt intensiv hiv-provtagning av barnet sker det första halvåret-och de flesta smittade barnen diagnosticeras därmed före/vid 6 mån ålder-men maternella hiv-ak kan vara påvisbara i mer än 1 år
- vid tidig hiv-diagnos hos barnet ges möjlighet till täta läkarkontroller och tidigt insättande av antiviral behandling vid behov
- hittills har inga fastställda teratogena effekter setts av specifika läkemedel förutom fallrapporter om "Stocrin", men rapportering fortgår kontinuerligt
- mycket lång uppföljningstid av det osmittade barnet för att upptäcka eventuella läkemedelseffekter är önskvärt-men svårt i praktiken

Icke medicinska reflexioner

- människor som kommer från Afrika och Asien kan ha annan syn och kunskap om kroppen, sjukdomar, läkemedels-behandling, kejsarsnitt, amning, svensk sjukvård och kontroll än européer-men den enskilda individen är alltid unik
- tolkanvändning är väsentligt men kan vara laddat
- tystnadsplikt och sekretess är också centralt
- hela familjen med hiv oberoende av ursprung behöver mycket stöd under graviditet, förlossning, med små barn men även längre framöver-hemligheten och rädslan runt hiv är fortfarande mycket stor-även i Sverige 2009